

**Wahrnehmung suizidaler Krisen bei
Schülern und Schülerinnen – präventive
Möglichkeiten der Schulsozialarbeit**

Masterarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Arts

an der Karl-Franzens-Universität Graz

vorgelegt von

Caroline MILCHRAM, BA

am Institut für Erziehungs- und Bildungswissenschaft
Begutachter: Univ.-Prof. Dr.phil. Arno Heimgartner

Graz, 2020

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit eidesstattlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen nicht benutzt und die den 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

Caroline Milchram

Kurzfassung

Die vorliegende Masterarbeit beschäftigt sich mit suizidalen Krisen im Jugendalter und der suizidpräventiven Arbeit von Schulsozialarbeiter*innen. Das Ziel besteht in der Bestandsaufnahme der suizidpräventiven Maßnahmen der Schulsozialarbeit, auch präventive Möglichkeiten aber auch deren Grenzen werden aufgezeigt. Hierfür wurden acht leitfadengestützte Interviews mit Schulsozialarbeiter*innen durchgeführt, welche mittels strukturierender Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet wurden. Für die Kategorisierung wurde das computerbasierte Programm MAXQDA gewählt. Die Ergebnisse zeigen, dass seitens der Schulsozialarbeiter*innen selbst wenig suizidpräventive Arbeit geleistet wird, diese wird meist an externe Organisationen abgegeben. Ein höheres Ausmaß an Fort- und Weiterbildungen zum Thema Suizidprävention wäre notwendig, um Schulsozialarbeiter*innen zu stärken. Momentan fehlt es an finanziellen und zeitlichen Ressourcen. Lehrpersonen stellen selten ihre Schulstunden zur Verfügung, hier braucht es mehr Kooperationsbereitschaft. Suizidprävention sollte ein fixer Bestandteil jeder Schule sein, auch Volksschulen müssen stärker berücksichtigt werden.

Abstract

The following master thesis examines suicidal crises in adolescence and suicide prevention of school social workers. The purpose of the study is to take a stock of suicide preventive measures. Moreover, preventive possibilities and limitations should be considered. For this purpose, eight guideline-based interviews with school social workers were conducted, which were evaluated using a structuring content analysis according to Mayring. The computer-based program MAXQDA was chosen for the categorization. The results show that school social workers themselves do little suicide-preventive work. It is mostly given to external organizations. As a consequence of these findings a higher level of initial and further training on suicide prevention would be necessary to support school social workers. At the moment little resources in terms of time and finance are made available. Furthermore, mostly teachers do not provide their lessons. Thus, more willingness to cooperate is needed on the school side. Suicide prevention should be an integral part of every school, especially elementary schools must be more considered.

Danksagung

Ein großes DANKE geht an ...

... Univ. Prof. Dr. Arno Heimgartner, der meinen Schreibprozess begleitete und mich durch Diskussionen und Anregungen auf neue gedankliche Ansätze brachte.

... den Schulsozialarbeiter und die Schulsozialarbeiterinnen, die sich Zeit genommen haben, um ihr Wissen, ihre Erfahrungen, aber auch ihre Wünsche offen mit mir zu teilen.

... meine Studienkollegen und Studienkolleginnen, Freunde und Freundinnen, für die die aufbauenden Worte, den gegenseitigen Austausch, aber ganz besonders für die gemeinsam verbrachte Zeit.

... meine Eltern und Geschwister, für ihre Unterstützung, in jeglicher Hinsicht, und ihre offenen, geduldigen Ohren.

INHALTSVERZEICHNIS

EINLEITUNG	1
THEORETISCHER TEIL	2
1. SUIZIDALITÄT	2
1.1. Begriffsbestimmungen	2
1.1.1. Suizidideen	2
1.1.2. Suizidversuch	4
1.1.3. Suizid	5
1.2. Suizidraten in Österreich im nationalen und internationalen Vergleich	6
1.2.1. Suizidraten der Bundesländer	8
1.2.2. Geschlechtsunterschiede	9
1.2.3. Altersunterschiede	11
1.3. Methoden	12
1.4. Risikofaktoren	14
1.4.1. Risikogruppen	15
1.4.2. Familiäre und zwischenmenschliche Beziehungen	16
1.4.3. Psychische Faktoren	18
1.4.4. Alkohol- und Drogenmissbrauch	19
1.4.5. Verfügbarkeit der Mittel	20
1.4.6. Die Rolle der (sozialen) Medien	20
1.4.7. Schulische Anforderungen	21
1.5. Schutzfaktoren	21
1.6. Mögliche Auslöser	23
1.7. Modelle und Theorien suizidalen Verhaltens	24
1.7.1. Das Krisenmodell	24
1.7.2. Das Krankheitsmodell	26
1.7.3. Soziologische Theorie	27
1.7.4. Psychoanalytische Theorie	29
1.7.5. Psychodynamische Theorie	30
1.7.6. Lerntheorie	31
1.7.7. Stresstheorie	32
2. PRÄVENTION	33
2.1. Definition „Prävention“	33
2.2. Präventionsstrategien und -kategorien	34
2.3. Gegenpositionen und Kritik am Präventionsbegriff	36

2.4.	Suizidprävention	39
2.4.1.	Maßnahmen zur Suizidprävention	39
2.4.2.	Generelle vs. spezielle Suizidprävention	44
2.4.3.	Suizidprävention im internationalen Vergleich	45
2.4.4.	Suizidprävention in Österreich	46
2.4.5.	Suizidprävention in der Steiermark	47
2.4.6.	Die Rolle der Schule	48
2.4.7.	Warnsignale seitens Schüler und Schülerinnen	52
2.4.8.	Einschätzung der Suizidalität	53
3.	SCHULSOZIALARBEIT	55
3.1.	Definition „Schulsozialarbeit“	55
3.2.	Ziele und Zielgruppen	56
3.3.	Methoden und Handlungsprinzipien	56
	EMPIRISCHER TEIL	58
4.	EMPIRISCHES FORSCHUNGSDESIGN	58
4.1.	Ziel der Arbeit und Forschungsfragen	58
4.2.	Stichprobe	59
4.3.	Durchführung der Studie	60
4.4.	Erhebungsmethode	61
4.5.	Auswertungsmethode	62
4.5.1.	MAXQDA	62
4.5.2.	Strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring	62
4.5.3.	Kategoriensystem	62
5.	ERGEBNISSE	64
5.1.	Wahrnehmung suizidaler Krisen	64
5.1.1.	Beziehung als Grundlage	65
5.1.2.	Äußere Anzeichen	66
5.1.3.	Verhaltensauffälligkeiten	67
5.1.4.	verbale Äußerungen	69
5.1.5.	Austausch mit Lehrern und Lehrerinnen	71
5.1.6.	Frage nach Beziehungsproblemen	73
5.1.7.	Alkohol- und Drogenkonsum	74
5.1.8.	Verhalten seitens der Schulsozialarbeiter und Schulsozialarbeiterinnen	75
5.2.	Einschätzung der Suizidalität	76
5.3.	Wissen hinsichtlich suizidaler Krisen	78

5.3.1.	Schutzfaktoren	79
5.3.2.	Risikofaktoren	81
5.3.3.	Risikogruppen	84
5.4.	Erfahrungen mit suizidalen Krisen	85
5.5.	Vorgangsweise bei suizidalen Krisen	86
5.6.	Schulsozialarbeit und Suizidprävention	87
5.6.1.	Umsetzung suizidpräventiver Maßnahmen	88
5.6.2.	Möglichkeiten und Grenzen der Schulsozialarbeit	92
5.6.3.	Vernetzung mit suizidpräventiven Organisationen	95
5.7.	Bedenken seitens der Schulsozialarbeiter und Schulsozialarbeiterinnen	97
5.8.	Wünsche der Schulsozialarbeiter und Schulsozialarbeiterinnen	98
5.8.1.	Allgemein gültiges Konzept	98
5.8.2.	Unterstützung von außen	99
5.8.3.	Fortbildungen	99
5.9.	Fort- und Weiterbildungen	100
5.10.	Ergänzungen zum Abschluss	100
6.	RESÜMEE UND AUSBLICK	102
7.	LITERATURVERZEICHNIS	106
8.	TABELLENVERZEICHNIS	114
9.	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	114
10.	ANHANG	116

EINLEITUNG

Das Jugendalter, die Pubertät, stellt für Menschen die Lebensphase mit den wahrscheinlich größten Herausforderungen und Veränderungen dar. Suizidale Krisen sind in dieser Zeit nicht selten. Statistiken zeigen, dass die Steiermark die höchste Suizidrate bei Jugendlichen in Österreich aufweist. Da diese ihre meiste Zeit in der Schule verbringen, sind Schulsozialarbeiter*innen in der besten Position, Krisen wahrzunehmen, anzusprechen und in Zusammenarbeit mit Betroffenen zu lösen, aber auch Präventionsarbeit zu leisten. Durch die vorliegende Studie soll untersucht werden, inwieweit Schulsozialarbeiter*innen suizidale Krisen wahrnehmen und welche präventiven Möglichkeiten es gäbe, die Suizidrate bei Jugendlichen zu senken. In diesem Zusammenhang sollen auch die Wünsche der Schulsozialarbeiter*innen berücksichtigt werden. Diese verdeutlichen, welche Schritte notwendig sind, um (suizid-)präventive Arbeit zu ermöglichen und zu verbessern.

Anfangs wird durch theoretische Grundlagen ein Einblick in die Thematik der Suizidalität, Prävention und Schulsozialarbeit gegeben. Statistische Daten geben einen Überblick über die Suizidraten der jeweiligen Bundesländer in Österreich und Alters- und Geschlechtsunterschiede. Im weiteren Verlauf wird der Fokus auf Schutz- und Risikofaktoren gelegt, wobei auch Auslöser für einen Suizidversuch thematisiert werden, die es zu berücksichtigen gilt. Im darauffolgenden Abschnitt wird der Präventionsbegriff definiert und kritisch hinterfragt. Präventionsstrategien werden beschrieben, bevor detaillierter auf die nationale und internationale Suizidprävention eingegangen wird. Hierbei wird ein besonderes Augenmerk auf die Rolle der Schule und deren Verantwortung gelegt. Daraufhin werden neben der Definition der Schulsozialarbeit Ziele, Methoden und Handlungsprinzipien kurz erläutert.

Im empirischen Teil werden das Ziel und die Forschungsfragen der Studie beschrieben, daraufhin folgt die Erklärung der Durchführung und der Auswertungsmethode. Im Anschluss werden die Ergebnisse dargestellt und interpretiert. Das Resümee enthält einen abschließenden Überblick über die vorliegende Arbeit.

THEORETISCHER TEIL

1. SUIZIDALITÄT

1.1. Begriffsbestimmungen

In der vorliegenden Arbeit werden die Begriffe ‚Selbstmord‘ bzw. ‚Selbstmordversuch‘ bewusst nicht verwendet, auch wenn die beiden Bezeichnungen noch in Umlauf sind, insbesondere in der Alltagssprache. Menschen, die sich dazu entscheiden, ihr Leben zu beenden, haben nicht die direkte Absicht, zu sterben, sondern keine Kraft mehr, ihr Leben weiterzuführen. Sie sehen den Suizid als einzigen Ausweg aus ihrer Krise. Der Begriff des Selbstmords, der die Tat als kriminell erscheinen lässt, ist daher zu vermeiden.

Grundsätzlich fällt die Definition des Begriffs ‚Suizid‘ schwer, da dieser hinsichtlich seines Umfangs in unterschiedlicher Art und Weise verwendet wird. Nicht immer werden die jeweiligen Begriffe klar abgegrenzt, Bronisch (2007) unterscheidet jedoch drei Begriffe, die jeweils klar definiert werden können:

- Suizidideen
- Suizidversuch (Parasuizid)
- Suizid (vgl. Bronisch 2007, S. 12).

In der vorliegenden Arbeit wird in Anlehnung an das Krisenmodell, das im späteren Verlauf genauer beschrieben wird, der Begriff ‚suizidale Krise‘ verwendet, der sowohl Suizidgedanken als auch den Suizidversuch und den vollendeten Suizid miteinschließt.

1.1.1. Suizidideen

Suizidideen umfassen alle gedanklichen Ansätze und Wünsche, die die eigene Selbsttötung betreffen. Weiters zählen Ideen, konkrete Vorstellungen und Pläne dazu (vgl. ebd., S. 12).

Dabei könnte eine weitere Unterscheidung zwischen Suizidgedanken und Suizidideen getroffen werden. Suizidgedanken könnten so gesehen immer wieder auftretende Gedanken

sein, welche die einfache Absicht, das eigene Leben zu beenden, betreffen. Suizidideen hingegen sind konkreter, dabei haben Personen eine genaue Vorstellung, durch welche Mittel sie sterben möchten.

Beiden Begriffen ist jedoch gemein, dass sich die Betroffenen stark mit dem Tod und in weiterem Verlauf mit Suizidmethoden auseinandersetzen. 8 % der Kinder und 20 % der Jugendlichen haben Suizidgedanken, wobei die Zahlen bei Kindern und Jugendlichen, die sich in psychiatrischer Behandlung befinden, stark zunehmen (vgl. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 2007, S. 409). Die Gedanken werden allerdings nicht immer verbalisiert, am häufigsten in der Peergroup, da innerhalb dieser direkter und klarer kommuniziert wird (vgl. Schulze/Voit 2013, S. 340).

Wichtig dabei ist, zu beobachten, inwieweit die Suizidgedanken eine Warnung darstellen (vgl. Sonneck/Kapusta/Tomandl/Voracek 2012, S. 164). Die Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Suizidalität ist dabei möglich. Aktive Suizidgedanken bergen weniger Risiken als passive. Da jedoch die Möglichkeit einer Fehleinschätzung besteht, müssen Suizidgedanken in jedem Fall ernst genommen werden.

Aktive Suizidgedanken können vom Individuum selbst herangezogen, aber auch wieder weggeschoben werden. Die Person selbst hat also die Kontrolle (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorfer 2011, S. 72). Solche Gedanken können das Ergebnis von Überforderung und Stress sein, sind aber nicht immer unmittelbar als Warnzeichen einzustufen. Sonneck et al. (2012) betonen, dass sich viele Menschen im Laufe des Lebens mit Gedanken an Suizid beschäftigen (vgl. Sonneck et al. 2012, S. 164). Dies heißt aber nicht, dass sie suizidgefährdet sind.

Als passive Suizidalität wird das Bedürfnis nach Rückzug, Ruhe und Unterbrechung des eigenen Lebens gesehen, im weiteren Verlauf der Wunsch, das eigene Leben zu beenden (vgl. Wolfersdorf 2008, S. 1322). Passive Suizidgedanken stellen eine große Gefahr dar, da diese mit akuter Suizidgefährdung einhergehen. Die Gedanken drängen sich auf, sind kaum kontrollierbar und beherrschen das Denken und Fühlen einer Person (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorfer 2011, S. 72). Die Person hat den Wunsch, diese Gedanken abzuschalten, da sie sie aber nicht selbst kontrollieren kann, sieht sie nur einen einzigen Ausweg: den Suizid.

Der Handlungsdruck und somit auch das Risiko eines Suizidversuchs steigt, wenn Suizidgedanken konkreter werden, längere Zeit andauern und es genauere Pläne und gedankliche Ankündigungen gibt (vgl. Wolfersdorf 2008, S. 1322). In jedem Fall müssen verbale und nonverbale Äußerungen bzw. Anzeichen ernst genommen werden. Welche Signale als Warnung zu verstehen sind, wird in Kapitel 2.4.7. näher beschrieben.

1.1.2. Suizidversuch

Der Begriff des Suizidversuchs umfasst verschiedene Verhaltensweisen. Diesen ist gemein, dass Menschen sich selbst Schaden zufügen, beispielsweise sich vergiften oder verletzen, ohne dabei zu sterben (vgl. Kerkhof 2000, S. 51). Der Todeswunsch steht dabei klar im Vordergrund. Beim sogenannten Parasuizid hingegen ist der eigene Tod nicht das Ziel (vgl. Schulze/Voit 2014, S. 341). „Dies entspricht dem nicht tödlichen Akt einer Selbstverletzung in überlegter Weise. Ein Parasuizid wird als missglückt bezeichnet, wenn der Tod trotz fehlender Tötungsabsicht eintritt“ (ebd., S. 341). Die Selbstschädigung und der Wunsch nach Veränderung stehen dabei im Vordergrund (vgl. Wolfersdorf 2008, S. 1321). Parasuizidale Fälle werden nicht in die offizielle Suizidstatistik miteingerechnet (vgl. ebd., S. 341).

Besonders bei Jugendlichen lassen sich Gründe für einen Suizidversuch feststellen, bei denen nicht der aktive Todeswunsch im Vordergrund steht, sondern vielmehr das Entkommen aus einer als aussichtslos empfundenen Situation und das damit verbundene Bedürfnis nach Ruhe. Der Suizidversuch stellt dabei einen Hilfeschrei dar. Manche Jugendliche riskieren ihr eigenes Leben, um anderen Personen ihre Liebe zu beweisen bzw. um zu testen, ob sie von gewissen Personen geliebt werden (vgl. Becker/Meyer-Keitel 2008, S. 450). Durch diese Gründe wird deutlich, „dass das Motiv ‚so nicht weiterleben‘ zu wollen häufig stärker ist als der Wunsch zu sterben“ (ebd., S. 450).

Die WHO definiert ‚Suizidversuch‘ folgendermaßen:

„Jede Handlung mit nicht-tödlichem Ausgang, bei der ein Individuum entweder gezielt ein nicht-habituell Verhalten zeigt, das ohne Interventionen von dritter Seite eine Selbstbeschädigung bewirken würde, oder absichtlich eine Substanz in einer Dosis einnimmt, die über die verschrieben oder im Allgemeinen als therapeutisch angesehene Dosis hinausgeht und die zum Ziel hat, durch die

aktuellen oder erwarteten Konsequenzen Veränderungen zu bewirken“ (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2003, S. 383).

Je nach Schweregrad des Versuchs wird eingestuft, inwieweit der „interaktive Charakter“ bzw. der Todeswunsch im Vordergrund stehen (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 2007, S. 411).

Die Begriffe ‚Suizidversuch‘ und ‚Parasuizid‘ unterscheiden sich somit hinsichtlich der Absicht, haben aber beide gemein, dass es zu keinem vollendeten Suizid kommt. Dabei muss betont werden, dass die Bezeichnung ‚Parasuizid‘ heutzutage nicht mehr gebräuchlich ist. Weiters ist selbstverletzendes Verhalten klar von einem Suizidversuch abzugrenzen (vgl. Schulze/Voit 2014, S. 341).

Steinhausen (2010) klassifiziert Suizidversuche folgendermaßen:

„Akut: Die zum Zeitpunkt des Suizidversuchs festgestellten Probleme bestehen erst relativ kurzfristig und Verhaltensauffälligkeiten fehlen.

Chronisch: Die Zum Zeitpunkt des Suizidversuchs festgestellten Probleme bestehen länger; Verhaltensauffälligkeiten fehlen, während die Befindlichkeit meist beeinträchtigt ist.

Chronisch mit Verhaltensauffälligkeiten: Die zum Zeitpunkt des Suizidversuchs festgestellten Probleme bestehen länger; es liegen Verhaltensauffälligkeiten in der unmittelbaren Vergangenheit vor (...)“ (Steinhausen 2010, S. 24).

Grundsätzlich gilt: Je öfter ein Mensch versucht, sich das Leben zu nehmen, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit für einen Suizid (vgl. Bronisch 2007, S. 18). Gelingt der Suizidversuch nicht, kann dies zu gravierenden Veränderungen im Leben der Betroffenen führen. Dabei gibt es zwei Möglichkeiten: Entweder es kommt zu einer positiven Wendung, oder aber die Person startet einen neuen Suizidversuch, der ‚gelingt‘ und das Leben der Person beendet (vgl. ebd., S. 18). Insbesondere bei Jugendlichen und Frauen sind Suizidversuche sehr häufig (vgl. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 2007, S. 411).

1.1.3. Suizid

Aus der oben angeführten Definition des Suizidversuchs lässt sich ableiten, „dass der Suizid ein zum Tode führender Suizidversuch ist“ (Bronisch 2007, S. 13). Die betroffene

Person sieht ihren Suizid als einzige Lösung beziehungsweise Befreiung aus einer Situation, die für sie ausweglos erscheint (vgl. ebd., S. 14). Kinder entwickeln erst im Laufe des Schulalters ein Verständnis von ‚Tod‘, daher stellt sich die Frage, ab welchem Alter von Suizid gesprochen werden kann. Dasselbe gilt für Suizidgedanken. Suizid stellt in den internationalen Klassifikationen keine eigenständige, psychische Erkrankung dar, wird aber bei vielen Krankheiten als Symptom deklariert (vgl. Rossmann/Reicher 2008, S. 276).

Um eine Handlung als Suizid einstufen zu können, nennt Wolfersdorf (2008) folgende Kriterien:

- „kürzlich erfolgte Suizidankündigungen,
- aktuell das Vorliegen von Risikopsychopathologie mit erhöhtem Suizidrisiko,
- frühere Suizidversuche,
- Impulskontrollstörung mit fremd- und autoaggressiver Tendenz,
- wahnhaftes Erleben, insbesondere wenn mit Bedrohtheit, Vernichtungsfantasien bzw. Depersonalisation und Auflösung der eigenen Identität einhergehend“ (Wolfersdorf 2008, S. 1322).

Nicht immer kann festgestellt werden, ob es sich um einen Suizid handelt, da die Vorgeschichte und mögliche Erkrankungen einer Person nicht immer bekannt sind. Insbesondere bei älteren und vereinsamten Personen ist nicht immer klar, ob es sich um eine andere Todesursache oder um Suizid handelt. Daraus lässt sich ableiten, dass hinsichtlich der Suizidstatistiken eine erhöhte Dunkelziffer anzunehmen ist. Dies ist bei den nationalen und internationalen Statistiken zu berücksichtigen, die im nächsten Kapitel dargelegt werden.

1.2. Suizidraten in Österreich im nationalen und internationalen Vergleich

Im internationalen Vergleich weist Österreich schon seit den 50er und 60er Jahren eine hohe Suizidrate auf. Die Suizidrate gibt die „Anzahl der vollzogenen Selbsttötungen in Bezug zur Einwohnerzahl“ an, wobei nur Personen älter als 15 miteingeschlossen werden (Watzka 2008, S. 15). Im Zeitraum von 1961 bis 1963 lag Österreich mit einer Suizidrate von 28 (je Jahr und je 100.000 Einwohnern) auf Platz drei, hinter Ungarn (34) und Finnland (29). Insgesamt wurden 14 Länder berücksichtigt. In den 70er und 80er Jahren kam

es in ganz Europa zu einem Anstieg der Suizidrate, dies änderte jedoch nichts an der österreichischen Platzierung. Im Jahre 1986 wurde die statistische Erhebung auf 25 Länder ausgeweitet, Österreich behielt jedoch weiterhin den dritten Platz, nach Ungarn und der DDR. In den Jahren 1994-1996 belegte Österreich nur mehr den zwölften Platz von insgesamt 33. Dabei muss allerdings betont werden, dass zu dieser Zeit ost- und ostmitteleuropäische Länder in die Statistik mitaufgenommen wurden, wodurch es zu einer Verschiebung der Ränge kam. Hinzu kamen Russland, Weißrussland, die Ukraine, Estland, Lettland, Litauen, Slowenien und Kroatien. Diese Länder wiesen allesamt sehr hohe Suizidraten auf. Somit nimmt Österreich im mitteleuropäischen Raum weiterhin eine obere Stelle ein (vgl. Watzka 2008, S. 15). Dies veranschaulicht auch die folgende Abbildung, wobei Österreich im Jahre 2015 den neunten Platz einnahm, Deutschland den 18. Platz. Ost- und ostmitteleuropäische Länder wie Litauen, Slowenien und Lettland nehmen die ersten Plätze ein.

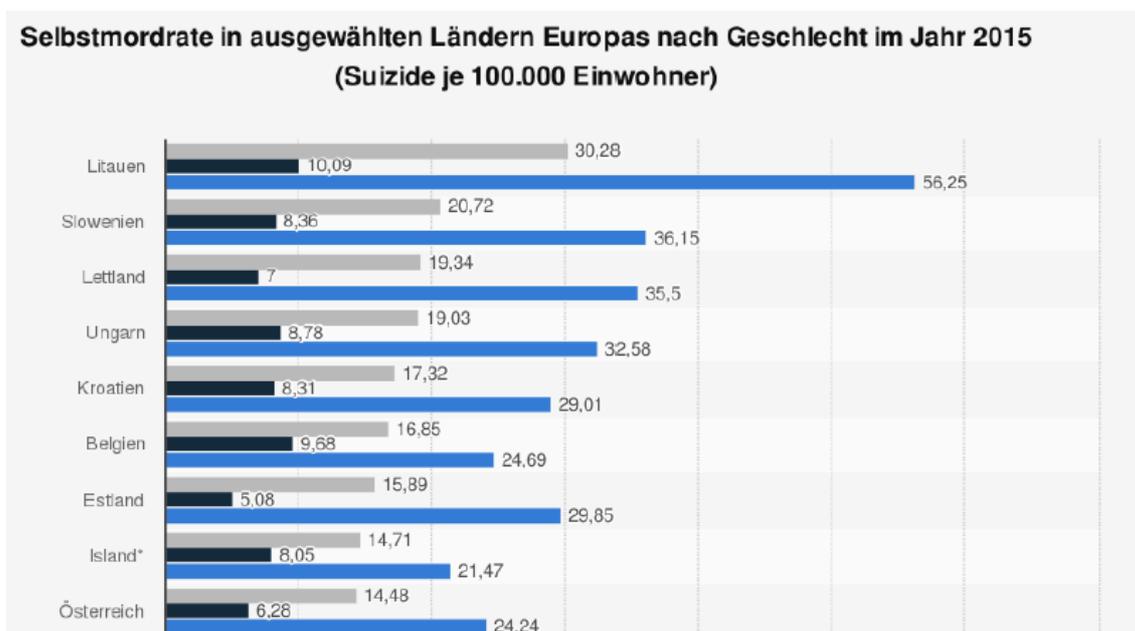


Abbildung 1: Selbstmordrate in ausgewählten Ländern Europas nach Geschlecht im Jahr 2015 (Suizide je 100.000 Einwohner) (statista 2019, o.S.)

In der Zeit von 1980 bis 2017 konnte ein Rückgang der Suizidraten in Österreich festgestellt werden. Im Jahre 2008, mit Beginn der weltweiten Wirtschaftskrise, kam es wiederum zu einem leichten Anstieg, die Suizidrate belief sich auf 17,1 pro 100.000 EW. In den folgenden Jahren kam es zu einem Rückgang, im Jahre 2017 wurde eine Suizidrate

von 14,6 pro 100.000 EW verzeichnet. Es begingen somit in Österreich insgesamt 1.224 Menschen, davon 964 Männer und 260 Frauen, Suizid.

Die relative Abnahme betrug im Zeitraum von 1986-2017 43 Prozent, dies entspricht einem absoluten Wert von 915 Personen (vgl. BMASGK 2019, S. 11).

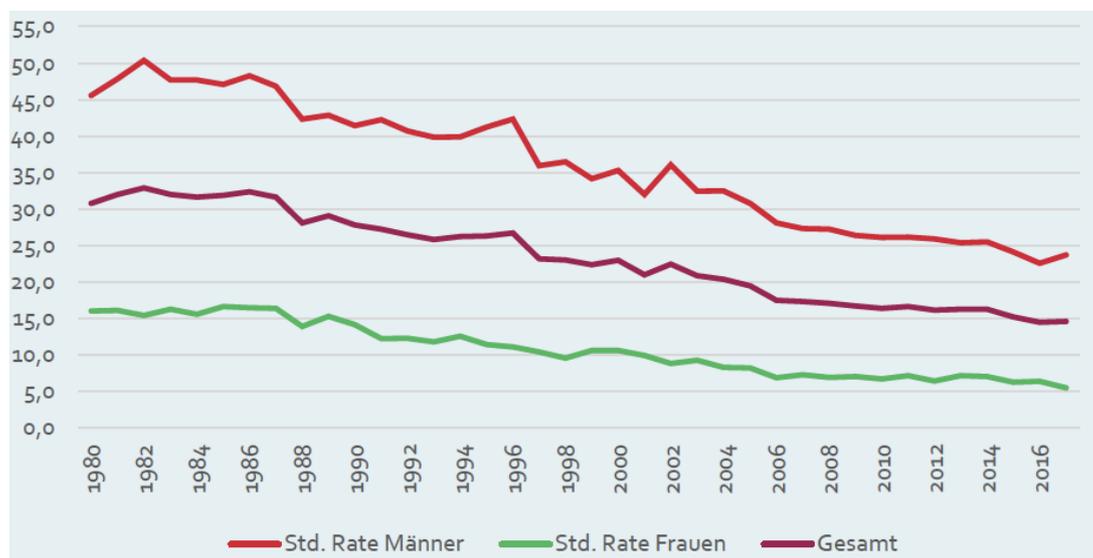


Abbildung 2: Verlauf der standardisierten Suizidraten (pro 100.000 EW) in Österreich 1980-2017 (BMASGK 2019, S. 12)

Abbildung 2 zeigt den Verlauf der Suizidraten in Österreich im Zeitraum von 1980-2017. Insgesamt ist eine klare Abnahme ersichtlich, die bei Frauen jedoch gleichmäßiger erfolgt als bei Männern. Von 1980 bis 1982 kommt es zu einem starken Anstieg, allerdings nur bei Männern. In den Jahren 1996 und 2002 lassen sich zwei Peaks erkennen, wobei diese ebenfalls nur bei Männern gegeben sind. Nach 2002 nimmt die Suizidrate der Männer fast genauso gleichmäßig ab wie die der Frauen, allerdings kommt es zu einem klaren Anstieg im Jahre 2016, somit nimmt zwischen 2016 und 2017 die Suizidrate der Männer zu, die der Frauen jedoch ab. Im Gesamtdurchschnitt lässt sich daher nur ein leichter Anstieg vermerken.

1.2.1. Suizidraten der Bundesländer

Im Bundesländervergleich können die höchsten Suizidraten in Kärnten und der Steiermark festgestellt werden, die niedrigsten im Burgenland und in Vorarlberg (vgl. BMASGK 2019, S. 16). Die folgende Grafik gibt einen Überblick.

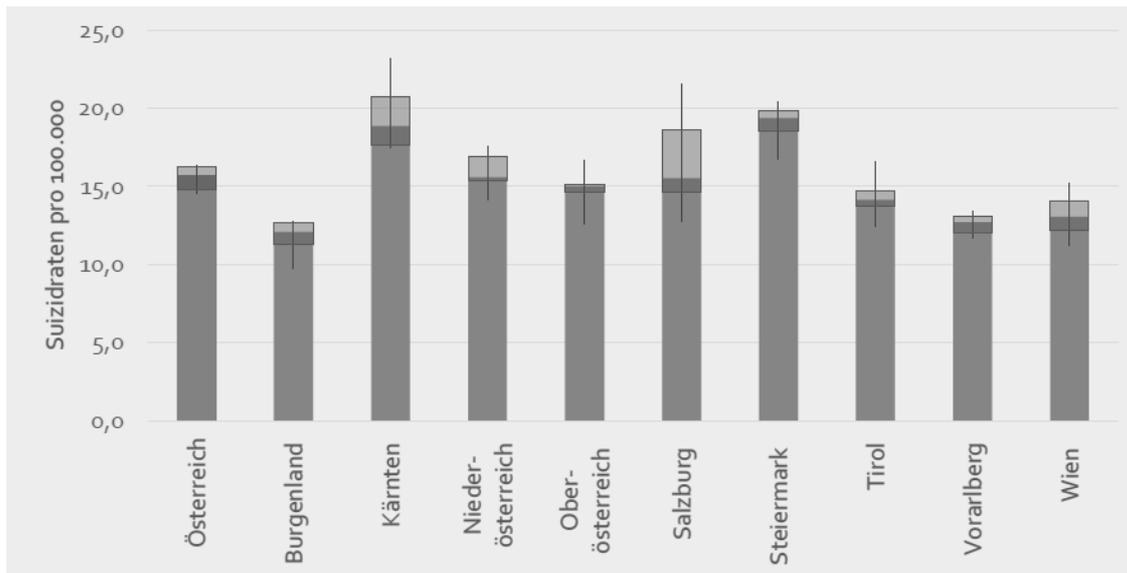


Abbildung 3: Standardisierte Suizidraten (pro 100.000 EW) in den österreichischen Bundesländern und in Gesamtösterreich (5-Jahres-Durchschnitt 2013-2017) (BMASGK 2019, S. 16)

Die Suizidrate der Steiermark ist seit mehreren Jahrzehnten höher als die des österreichischen Gesamtdurchschnitts. In den Jahren 1970-2004 handelt es sich um Unterschiede von ca. 10 bis 20 %, wobei dieser in den weiteren Jahren nicht abnahm, sondern sich noch erhöhte. Im Zeitraum von 2005-2009 reduzierten sich zwar sowohl die absoluten Suizidzahlen als auch die Suizidrate, jedoch nicht so stark wie die des österreichischen Gesamtdurchschnitts. Somit stieg der prozentuelle Unterschied auf knapp 30 % an.

Im Jahre 2017 suizidierten sich in Österreich 1.224 Personen, davon 229 in der Steiermark – knapp 19 % der Betroffenen waren somit Steirer*innen (vgl. BMASGK 2019, S. 12; Steirische Statistiken 2018, S. 47). Daran wird deutlich, dass insbesondere in der Steiermark mehr in die Suizidprävention investiert werden muss (vgl. Watzka 2015, S. 17f.). Besonders hoch ist die Suizidrate in den Bezirken Murau, Liezen, Murtal und Bruck-Mürzzuschlag. Die niedrigsten Werte weisen die Bezirke Graz-Stadt, Weiz und Graz-Umgebung auf (vgl. Steirische Statistiken 2019, S. 48).

1.2.2. Geschlechtsunterschiede

Die Rolle des Geschlechts ist im Zusammenhang mit Suizid nicht unwesentlich. Grundsätzlich sind Männer suizidgefährdeter als Frauen. Bei Männern liegt die Anzahl von vollendeten Suiziden höher als bei Frauen, bei welchen die Anzahl der Suizidversuche höher ist. Die genaue Menge dieser kann jedoch nur geschätzt werden, da sie nicht in die

Statistik mitaufgenommen werden (vgl. Meurer 2004, S. 200). „Zu Suizidversuchen liegen keine verlässlichen Zahlen vor, da sie oft nicht als solche erkannt bzw. nicht entsprechend dokumentiert werden und auch nicht zwingend zu einem Kontakt mit dem Gesundheitssystem führen“ (BMASGK 2019, S. 18).

Obwohl ein vollendeter Suizid bei Männern häufiger ist, ließ sich in einem Zeitraum von neun Jahren (1989-1998) ein signifikanter Anstieg von Suizidversuchen bei 15- bis 24-jährigen Männern in Österreich feststellen (vgl. Dunkel/Antretter/ Seibl/Haring 2004, S. 115).

Innerhalb Österreichs beträgt das Verhältnis von männlichen zu weiblichen Suiziden ca. 75 Prozent zu 25 Prozent. In der Steiermark gibt es weitaus mehr Männer, die durch Suizid sterben – es ist 3,5mal so hoch wie das Suizidrisiko von Frauen (vgl. Watzka 2015, S. 138). Dies lässt sich auch auf Jugendliche zwischen 10- bis 19 Jahren umlegen – in dieser Alterskohorte begehen mehr junge Burschen Suizid als junge Mädchen (vgl. BMASGK 2019, S. 13).

Eine Hypothese, die diese Geschlechtsdifferenz zu erklären versucht, lautet, dass Frauen eingeschränktere Möglichkeiten hinsichtlich des Zugangs zu Schusswaffen oder ähnlichen gefährlichen Mitteln haben. In einer anderen Hypothese wird auf stereotypische Ansätze eingegangen. So wird bei Männern ein Suizidversuch als Schwäche gesehen, Frauen hingegen werden als hilflos angesehen, wodurch ein Suizidversuch eher toleriert wird. Das klassische Bild der Frau, die als schwach gesehen wird und der geholfen werden muss, kommt dabei klar zum Vorschein (vgl. Wunderlich 2004, S. 19).

Dass der Blick mehr auf Sozialisationsinstanzen und Rollenbilder gelegt werden muss, betonen auch Dunkel et al. (2004):

„Due to the fact that the male attempted suicide rate in the group aged 15 to 24 years was found to significantly increase within the ten year period, research should focus upon possible sex-role changes and shifting sociocultural conditions which impact upon adolescents' and young adults' socialisation” (Dunkel et al. 2004, S. 120).

Eine weitere Hypothese betrifft die unterschiedliche Kommunikation von Männern und Frauen. Frauen sind grundsätzlich kommunikativer, tauschen sich häufiger und intensiver mit Freunden und Freundinnen aus. So kann ein Suizidversuch als Appell verstanden werden (vgl. Wunderlich 2004, S. 19). Es stellt eine andere Art von Kommunikation dar

und wird herangezogen, wenn die verbale nicht ausreichend ist bzw. vom Umfeld nicht ausreichend wahrgenommen wird.

Bei Männern, die weniger kommunikativ sind als Frauen, kommt es zum Suizid, wenn die Kommunikation versagt, sie sich nicht anders ausdrücken können (vgl. ebd., S. 19).

Weiters sind besonders junge Mädchen weniger aggressiv als Burschen, wobei sich bei Mädchen die Aggression mehr gegen das äußere Umfeld richtet. Junge Burschen reagieren schneller aggressiv und zeigen körperliche Gewalt, die sich sowohl gegen andere aber auch gegen das eigene Selbst richtet (vgl. Bründel 2004, S. 52). Die Rolle der nach innen gerichteten Aggression im Zusammenhang mit Suizidalität wird im späteren Verlauf der vorliegenden Arbeit genauer beschrieben.

1.2.3. Altersunterschiede

In Österreich besteht ein Zusammenhang zwischen ansteigendem Alter und zunehmender Suizidrate. Die folgende Abbildung gibt einen Überblick (vgl. BMASGK 2019, S. 13):



Abbildung 4: Standardisierte Suizidraten (pro 100.000 EW; 5-Jahres-Durchschnitt 2013–2017) nach Altersgruppen (BMASGK 2019, S. 13)

Abbildung 4 zeigt deutlich, dass nicht nur Männer im Allgemeinen, sondern insbesondere ältere Männer stärker suizidgefährdet sind als Frauen. Die Suizidrate von Frauen ändert sich bei steigendem Alter weniger stark.

Im Alter von 15 bis 29 Jahren ist Suizid die zweithäufigste Todesursache (vgl. ebd., S. 13). Hinzu kommt, dass in dieser Altersspanne Suizidversuche, insbesondere von

jungen Mädchen, sehr häufig vorkommen (vgl. Watzka 2008, S. 34). Die Dunkelziffer ist hierbei groß, da Suizidversuche nicht in die endgültige Statistik mitaufgenommen werden und nicht jeder Suizidversuch als ein solcher deklariert werden kann.

In der Steiermark nahmen sich im Jahr 2016 acht 10- bis 19-Jährige das Leben, im Jahre 2017 reduzierte sich die Zahl auf fünf (vgl. Steirische Statistiken 2017, S. 48; Steirische Statistiken 2018, S. 47). Im Jahre 2018 sank die Anzahl der Suizide von 10- bis 19-Jährigen weiter auf zwei (vgl. Steirische Statistiken 2019, S. 46). In den letzten drei Jahren lässt sich somit ein Rückgang von jugendlichen Suiziden feststellen.

Es kann davon ausgegangen werden, dass Suizidversuche, egal in welchem Alter, ungefähr 10-mal so oft vorkommen wie vollzogene Suizide. Bei Jugendlichen steigt diese Anzahl auf 50 Suizidversuche pro Suizid (vgl. Holtkamp/Herpertz-Dahlmann 2001, S. 718). Für die Steiermark könnte somit im Jahre 2016 von 400 Suizidversuchen ausgegangen werden.

1.3. Methoden

Im Allgemeinen lassen sich bei Suizid harte und weiche Methoden unterscheiden.

„Harte Methoden stellen Handlungen dar, die durch ihren unmittelbaren lebensbedrohlichen Charakter keine oder nur eine sehr begrenzte Einflussnahme von außen zulassen. Hierzu zählen Erschießen, Erhängen, Sprung aus größerer Höhe, sich vor einen Zug legen. Weiche Methoden sind Schnittverletzungen, Einnahme von Tabletten (überwiegend Schmerz- und Beruhigungsmittel) sowie das Einatmen von Gasen“ (Holtkamp/Herpertz-Dahlmann 2001, S. 719).

Bei weichen Methoden ist die Wahrscheinlichkeit, entdeckt zu werden und damit den Suizid zu verhindern, größer als bei harten. Daher lassen sich bei vollendeten Suiziden häufiger harte Methoden feststellen, bei Suizidversuchen sind es meist weiche (vgl. ebd., S. 719). „Diese Unterscheidung legt nahe, dass bei der Verwendung von weichen Methoden eine geringere Ernsthaftigkeit der Suizidabsicht vorliegen könnte. Dieses trifft sicher nicht immer zu, da die verzögerte Wirkung der weichen Methoden von den Suizidenten oft nicht eingeschätzt werden kann“ (ebd., S. 719).

Die Studie von Kölves und de Leo (2017) gibt eine Übersicht über die gewählten Suizidmethoden von Kindern und jungen Erwachsenen im Alter von 10 bis 19 Jahren. Dabei

untersuchten sie 86.280 Suizide in 101 Ländern im Zeitraum von neun Jahren (2000-2009), wobei auch Österreich inkludiert war. 14,7 % der Suizide waren 10- bis 14-jährig, 85,3 % 15 bis 19 Jahre alt (Kölves/de Leo 2017, S. 156). „The most frequent suicide method for both age groups and genders was hanging, followed by poisoning by pesticides for females and firearms for males” (ebd., S. 160).

Eine ähnliche Studie, die die hinsichtlich der Reihenfolge ähnliche Ergebnisse zeigt, wurde von Vlaschitz (2008) durchgeführt. Er untersuchte die angewandten Suizidmethoden im Zeitraum von 1970 bis 2004 in Österreich. Insgesamt suizidierten sich in diesem Zeitraum 2.546 0-19-Jährige, wobei 77,7 % männlich und 22,3 % weiblich waren. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die gewählten Methoden, Angaben in Prozent (vgl. Vlaschitz 2008, S. 39):

MÄNNER	FRAUEN
Erhängen (44,1)	Vergiften (26,9)
Feuerwaffen und Explosivstoffe (20,5)	Erhängen/Erdrosseln/Ersticken (25,5 %)
Sonstige (13,5)	Sonstige (15,6)

Tabelle 1: Überblick über gewählte Methoden in Österreich

Genauere Suizidstatistiken hinsichtlich der Methoden speziell für die Steiermark wurden von Watzka (2015) veröffentlicht. Jeder zweite Suizid wurde im Zeitraum von 2005 bis 2009 durch Erhängen begangen, darauf folgte Erschießen mit ca. 18 Prozent. Sturz in die Tiefe (8 Prozent) und Vergiften (6 Prozent) bildeten Platz drei und vier. Sich selbst ertränken und das Legen vor einen Zug oder ein Auto war gleich häufig mit 5,7 Prozent. Weitere Methoden waren Erstechen, Vergiften mittels Gasen und andere (vgl. Watzka 2015, S. 248).

Auch Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Methoden lassen sich feststellen. Die harte Methoden des Erschießens wird von deutlich mehr Männern gewählt, bei Frauen ist dies am seltensten, nur 3 Prozent der Frauen erschießen sich selbst. Frauen stürzen sich eher in die Tiefe oder vergiften sich, beispielsweise durch eine große Menge an Schmerzmitteln oder anderen Medikamenten. Die Anzahl des Erhängens oder Erstickens ist die

häufigste Methode und bei beiden Geschlechtern fast gleich. Folgende Abbildung soll dies veranschaulichen:

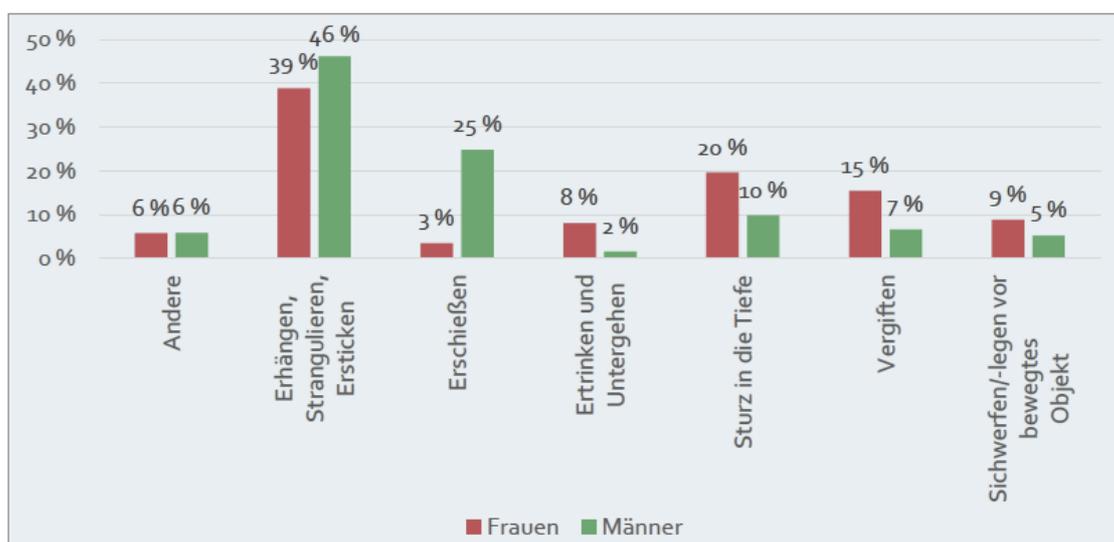


Abbildung 5: Angewendete Suizidmethoden im Jahr 2017 nach Geschlecht, in Prozent (n = 1.224) (BMASGK 2019, S. 17)

Das Risiko und damit auch die Häufigkeit von suizidalen Handlungen steigt bei Personen, die gewisse Risikofaktoren aufweisen, deutlich an. Im folgenden Kapitel werden diese genauer beschrieben.

1.4. Risikofaktoren

Ist die Balance zwischen Risiko- und Schutzfaktoren nicht gegeben, sodass die Risikofaktoren überwiegen, steigt das Risiko eines Suizidversuchs. Dabei ist zu betonen, dass mehrere Faktoren zusammenspielen können. Die verschiedensten Bereiche und Hintergründe zu berücksichtigen ist daher von höchster Wichtigkeit. Insbesondere an Jugendliche werden von vielen Seiten Anforderungen gestellt. In der Schule allein können viele Faktoren zusammenspielen – Leistungsdruck, Konflikte zwischen Lehrpersonen und Schüler und Schülerinnen, Probleme innerhalb der Klasse etc. Auch der Freizeitbereich kann für manche Jugendliche einen Stressfaktor darstellen, insbesondere der Druck seitens der Peers kann hoch sein. Gleichzeitig sind sie konfrontiert mit ihrer körperlichen Entwicklung, die für viele überfordernd ist.

Die Entwicklungspsychologie geht davon aus, dass zusätzlich dazu auch manche Personen von Grund auf stärker gefährdet sind als andere (vgl. Rossmann/Reicher 2008, S. 279).

1.4.1. Risikogruppen

Tabelle 2 zeigt eine Übersicht der Risikogruppen. Durch diese wird deutlich, dass besonders Menschen mit psychischen Erkrankungen oder vorangegangenen Suizidversuche besonders gefährdet sind. Bei Jugendlichen stellen Beziehungsproblemen und der familiäre Hintergrund Risikofaktoren dar, aber auch der Konsum von verschiedenen Substanzen. Auf die einzelnen Faktoren wird im weiteren Verlauf genauer eingegangen.

<p>1. <i>Menschen mit psychischen Erkrankungen</i></p> <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
<p>2. <i>Menschen mit bereits vorliegender Suizidalität</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Suizidankündigungen (Appell in der Ambivalenz); suizidale Krise – Nach Suizidversuch (10% Rezidiv mit Suizid)
<p>3. <i>Alte Menschen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Mit Vereinsamung, mit schmerzhaften, chronischen einschränkenden Krankheiten, nach Verwitwung – Mit psychischer und körperlicher Erkrankung (Komorbidität)
<p>4. <i>Junge Erwachsene, Jugendliche mit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Entwicklungskrisen, Beziehungskrisen (innerer Vereinsamung) – Drogenproblemen – Familiären Problemen, Ausbildungsproblemen
<p>5. <i>Menschen in traumatisierenden Situationen und Veränderungskrisen</i></p> <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)
<p>6. <i>Menschen mit</i></p> <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

Tabelle 2: Gruppen mit erhöhten Risiko für suizidales Verhalten (Wolfersdorf 2008, S. 1325)

Die sexuelle Orientierung, die im Zusammenhang mit Suizidalität eine entscheidende Rolle spielt, ist zu ergänzen. Männliche, homosexuelle Jugendliche begehen öfters Suizidversuche als heterosexuelle und haben gleichzeitig ein erhöhtes Risiko, an einer Depression zu erkranken. Gründe dafür sind Diskriminierung, Stigmatisierung von

Homosexualität und Gewalt, wobei dies nicht selten schon in der Kindheit auftritt, wodurch die Wahrscheinlichkeit für eine spätere Depression oder einen Suizidversuch steigt. Dahingehend ist es entscheidend, Menschen, unabhängig ihrer sexuellen Orientierung, mit Wertschätzung und Offenheit zu begegnen (vgl. Baierl 2014, S. 366; Plöderl/Kralovec/Faracek/Faracek 2009, S. 35). Dies, und das Verhindern von Diskriminierung und Ausgrenzung, sollte als Aufgabe eines jeden Menschen gelten und nicht rein an die (sozial)pädagogische Arbeit in Institutionen gebunden sein.

1.4.2. Familiäre und zwischenmenschliche Beziehungen

Bründel (2004) betont, dass im Zusammenhang mit Suizidalität die ersten Lebensjahre eines Menschen entscheidend sind. In dieser Zeit bildet eine Person ein gewisses Maß an Urvertrauen bzw. -misstrauen in die Welt, wobei die unmittelbaren Bezugspersonen eine entscheidende Rolle spielen, ob sich das Vertrauen in eine positive oder negative Richtung entwickelt (vgl. Bründel 2004, S. 57). Schon im Jahre 1949 konnte Ringel durch eine Studie großes Urmisstrauen bei Personen feststellen, die einen Suizidversuch unternommen hatten (vgl. Ringel 1978, S. 45).

Die Studie von Donath et al. (2014) zeigt, dass der Erziehungsstil in der Kindheit Auswirkungen auf das Suizidrisiko im Jugendalter hat. „Parenting style does matter. Whereas children of Authoritative [sic!] parents profit, children of Rejecting-Neglecting [sic!] parents are put at risk – as we found for suicide attempts in adolescence” (Donath/Grasel/Baier/Bleich/ Hillemacher 2014, o.S.).

Neben der Erziehung und der Bindung und Beziehung zu den Eltern bzw. Bezugspersonen ist auch die innerfamiliäre Kommunikation wichtig zu beachten (vgl. Steinhausen 2010, S. 44). In der frühen Kindheit können Über- oder Unterforderung, Einengung oder Vernachlässigung und Gewalt die Wahrscheinlichkeit eines Suizids im späteren Leben erhöhen (vgl. Bründel 2015, S. 213). Im Jugendalter sind drei Bereiche besonders problematisch: Familie bzw. Eltern, Schule und Peers (vgl. ebd., S. 406). Insbesondere die Beziehung zu dem gegengeschlechtlichen Elternteil ist in diesem Zusammenhang von größerer Bedeutung. Hierbei sind Probleme zwischen Vätern und Töchtern häufiger als zwischen Müttern und Söhnen (vgl. ebd., S. 407). Zu weiteren Risikofaktoren innerhalb der Familie zählen depressive Erkrankungen, Substanzmissbrauch oder Suizidversuche bzw. Suizide seitens der Eltern (vgl. Schulze/Voit 2013, S. 340). Weiters erhöhen häufige

Bestrafungen, beispielsweise in Form von Schlägen die Wahrscheinlichkeit für aggressives und antisoziales Verhalten im Jugendalter (vgl. Steinhausen 2010, S. 44). Dieses aggressive Verhalten ist entscheidend im Zusammenhang mit Suizidalität. Richtet sich dieses Verhalten nicht mehr gegen die Außenwelt, sondern gegen das eigene Selbst, steigt das Suizidrisiko. Des Weiteren sind Kinder und Jugendliche, welche die Trennung bzw. den Verlust einer Bezugsperson erleben mussten, stärker gefährdet. Die genannten Risikofaktoren erhöhen aber nicht nur die Wahrscheinlichkeit eines Suizids, sondern begünstigen die Entwicklung psychischer Erkrankungen, wobei hierbei betont werden muss, dass Suizidalität nicht selten ein Symptom vieler psychiatrischer Krankheiten darstellt. So kann beispielsweise sexuelle Gewalterfahrung die Entstehung psychischer Krankheiten begünstigen, gleichzeitig ist die Anzahl der Kinder und Jugendlichen, die einen Suizidversuch begangen haben und denen sexuelle Gewalt in der Kindheit widerfahren ist höher, als Kinder und Jugendliche, die dies nicht erleben mussten (vgl. Rossmann/Reicher 2008, S. 279f.). So betont auch Bründel (2015), dass die Vorgeschichte, wenn diese problembehaftet und langandauernd ist, die Wahrscheinlichkeit für suizidales Verhalten enorm steigert (vgl. Bründel 2015, S. 213).

Weitere Beziehungsprobleme, wie beispielsweise innerhalb der Schule zu Lehrern und Lehrerinnen bzw. Kollegen und Kolleginnen spielen eine Rolle. Insbesondere Peers haben einen großen Einfluss. Im Zusammenhang mit Suizidalität ist hierbei das Selbstwertgefühl, das von Gleichaltrigen besonders beeinflusst wird, näher zu beleuchten. Innerhalb der Clique wird das Verhalten, Aussehen o.Ä. der Beteiligten unmittelbar bewertet. Je nachdem, ob Jugendliche Ablehnung oder Akzeptanz erfahren, wirkt sich dies negativ bzw. positiv auf ihr Selbstwertgefühl aus. Jugendliche mit wenig Selbstwertgefühl vergleichen sich häufiger mit anderen (vgl. Kohnstamm 1999, S. 188f.). „Fällt ein Vergleich vorteilhaft aus, stärkt dies (...) das Selbstwertgefühl. Schneidet man schlecht ab, wenn man sich an jemand anderem mißt [sic!], gibt es drei Formen, damit umzugehen“ (ebd., S. 190). In erster Linie versucht der oder die Betroffene sich zu verändern und passt sich anderen an. Gelingt dies nicht, ist die zweite Möglichkeit der Rückzug aus der Peer-Group und die Orientierung an den Eltern oder anderen Erwachsenen. Das Zurückziehen aus der Peer-Group geht jedoch mit dem Problem einher, dass der Ausbau von sozialen Fähigkeiten eingeschränkt wird (vgl. ebd., S. 190). Außerdem nimmt die Person automatisch

die Außenseiter-Position innerhalb einer Klasse ein, da sie in keiner Peer-Group integriert ist. Dies stellt wiederum eine enorme psychische Belastung dar.

Nach Kohnstamm (1999) ist die Entwicklung von psychischen Erkrankungen die dritte und letzte Umgangsform (vgl. Kohnstamm 1999, S. 190).

Derartige oder schwerwiegendere Beziehungsprobleme lassen sich häufiger bei Jugendlichen feststellen, die mit schwierigen Familienbedingungen zu kämpfen haben. Durch die verstärkte Abhängigkeit von außerfamiliären Beziehungen wird die Vulnerabilität erhöht – diese kann wiederum die Wahrscheinlichkeit für einen Suizidversuch in Belastungssituationen erhöhen (vgl. Steinhausen 2010, S. 407).

1.4.3. Psychische Faktoren

Suizidalität wird nicht selten unmittelbar mit dem Vorliegen einer Depression verbunden. Depression gilt als Erkrankung im Jugendalter, die bei ca. 3-10 % der Kinder- und Jugendlichen auftritt, wobei weibliche Jugendliche häufiger betroffen sind als männliche (vgl. Schulze/Voit 2013, S. 341f.). Bei suizidalen Jugendlichen wird Depression bei zwei Drittel der Betroffenen diagnostiziert, umgekehrt ist das Suizidrisiko bei einer Depression um das 27-fache erhöht (vgl. Becker/Meyer-Keitel 2008, S. 453).

Es können allerdings auch andere psychische Erkrankungen vorliegen. „Symptome anderer Diagnosen einschließlich Psychosen, Belastungsreaktionen, Persönlichkeitsstörungen, dissozialer Störungen“ sollten berücksichtigt werden (Steinhausen 2010, S. 406). Angststörungen, Magersucht, Persönlichkeitsstörungen und Störungen im Sozialverhalten sind weitere Erkrankungen, die das Suizidrisiko deutlich erhöhen (vgl. Schulze/Voit 2013, S. 342).

Weiters zählen auch Persönlichkeitsfaktoren eine wichtige Rolle, wie beispielsweise erhöhte Impulsivität. Besteht eine Impulskontrollstörung in Kombination mit einer affektiven Störung und Alkohol- oder Drogenmissbrauch steigt das Suizidrisiko insbesondere bei männlichen Jugendlichen (vgl. Becker/Meyer-Keitel 2008, S. 452ff.).

Selten geben Jugendliche zu, dass sie sich traurig fühlen, die Formulierung, dass sie sich ‚down‘ fühlen, ist häufiger (vgl. Kölch/Fegert 2013, S. 201). Es ist somit von größter Wichtigkeit, die Sprache der Jugendlichen in erster Linie zu kennen und im weiteren Verlauf richtig zu deuten.

Steinhausen (2010) betont hingegen, dass psychische Erkrankungen in Verbindung mit einem Suizidversuch im Jugendalter weniger bedeutend sind als im Erwachsenenalter, da in jungen Jahren die Umwelt oder situative Faktoren einen größeren Einfluss haben (vgl. Steinhausen 2010, S. 405). Eine größere Rolle als psychische Faktoren spielt nach Steinhausen (2010) jeglicher Substanzmissbrauch innerhalb der Familie, wobei dieser auch bei den Jugendlichen selbst nicht selten ist (vgl. Steinhausen 2010, S. 405ff.).

1.4.4. Alkohol- und Drogenmissbrauch

Besonders im Jugendalter ist eine genaue statistische Mengenangabe hinsichtlich Alkohol- und Drogenkonsum schwierig, da hierbei eine sehr hohe Dunkelziffer besteht. In Deutschland wird davon ausgegangen, dass 50 % aller suizidgefährdeten Jugendlichen drogenabhängig sind (vgl. Baierl 2014, S. 122). Der Konsum von Alkohol beginnt durchschnittlich im Alter von 13 bis 14 Jahren. Eine Studie zeigt, dass illegale Drogen von 42 % der zwölf- bis 24-Jährigen bereits getestet wurden, wobei 6 % diese regelmäßig einnehmen (vgl. Habermas 2002, S. 849f.). Sonneck (1994) zählt gesundheitsschädigendes Verhalten, und somit auch den übermäßige Konsum von Alkohol und Drogen, zu suizidalem Verhalten. Schon im Jahre 1938 wurde von Menninger Alkoholmissbrauch als chronischer Suizid betitelt, wodurch die enge Verknüpfung von Alkohol- und Drogenkonsum und Suizidalität verdeutlicht wird (vgl. Sonneck 1994, S. 203). Dabei ist allerdings nicht nur der regelmäßige, über eine längere Zeit andauernde Konsum gemeint, der das Suizidrisiko deutlich erhöht, sondern auch der akute, durch welchen die Hemmschwelle zu einem Suizidversuch minimiert wird (vgl. Becker/Meyer-Keitel 2008, S. 453). Hinsichtlich illegaler Drogen steht vor allem bei Jugendlichen der Konsum von Cannabis an erster Stelle, andere illegale Drogen, wie LSD, Ecstasy, Kokain und Amphetamine sind eher selten. In den meisten Fällen geht der Drogenkonsum mit Schulschwänzen, Leistungsabfall und Schulverweisen einher, wobei verschiedenste Bedingungen wie familiäre Probleme zugrunde liegen können (vgl. Mühlig 2008, S. 573ff.). Die Gefahr einer HIV-Infektion ist bei drogenkonsumierenden Personen deutlich erhöht. Dies ist insofern im Zusammenhang mit Suizidalität problematisch, da Menschen, die mit HIV infiziert sind, ein um 10-fach erhöhtes Suizidrisiko aufweisen. Weiters können Drogen depressive Symptome verstärken (vgl. Sonneck 1994, S. 204). In einer Studie von Sonneck (1994) wurden 984 Personen nach ihrem Suizidversuch hinsichtlich ihres Konsums von

Drogen bzw. Alkohol befragt. Dabei wiesen alkoholabhängige Personen (n = 143) eine deutlich höhere Anzahl von Suizidversuchen (12,5 %) auf als nicht-alkoholabhängige (4,8 %). Bei den Befragten, die sowohl Alkohol als auch Drogen konsumierten (n=19), wurde ein Wert von 61,7 % festgestellt, innerhalb eines Katamnesenzeitraums von zehn Jahren (vgl. ebd., S. 204),

1.4.5. Verfügbarkeit der Mittel

Grundsätzlich besteht ein Zusammenhang zwischen der Zugänglichkeit von Suizidmitteln und der gewählten Suizidmethode (vgl. Rossmann/Reicher 2008, S. 282). So zeigt auch eine Studie von Etzersdorfer, Kapusta und Sonneck (2006), dass zwischen der Anzahl der Waffenscheine und der Anzahl der Suizide durch Erschießen innerhalb Österreichs eine hohe Korrelation besteht (vgl. Etzersdorfer/Kapusta/Sonneck 2006, S. 467). Dies bestätigt die Hypothese, dass der Besitz einer Waffe die Wahrscheinlichkeit eines Suizids durch Erschießen deutlich erhöht. Geschlechtsunterschiede wurden in dieser Studie nicht untersucht (vgl. ebd., S. 467).

1.4.6. Die Rolle der (sozialen) Medien

Durch die Berichterstattung von vollendeten Suiziden im Internet oder den Medien kommt es nicht selten zu Nachahmungen, besonders dann, wenn die Suizidmethode klar beschrieben bzw. gezeigt wird (vgl. Rossmann/Reicher 2008, S. 283). Dieser Effekt wird als ‚Werther-Effekt‘ bezeichnet, wobei dieser auch innerfamiliär zu beobachten ist (vgl. Klicpera/Gasteiger-Klicpera 2006, S. 95). Besonders Jugendliche sind anfällig für Medienberichte und fiktive Geschichten, wie Serien oder Filme (vgl. Copeland 2019, S. 1). Ein weiteres, aktuelleres Beispiel stellt die Netflix-Serie ‚13 Reasons Why‘ (dt.: ‚Tote Mädchen lügen nicht‘) dar, in der es um 13 Gründe und Signale für den Suizid der 17-jährigen Hauptdarstellerin geht. Die letzte Szene der ersten Staffel zeigt sehr detailliert den Suizid der 17-Jährigen. Die Suizidraten in Amerika stiegen im April 2017, nach Veröffentlichung der Serie im März desselben Jahres, drastisch an. „The suicide rate showed a significant 28 % step increase in April 2017 in participants between the ages of 10 and 17 years” (Copeland 2019, S. 1). Dieser Anstieg konnte nur innerhalb dieser Altersgruppe festgestellt werden, nicht bei älteren Personen (vgl. ebd., S. 1). Hierbei muss berücksichtigt werden, dass soziale Medien für Jugendliche eine sehr viel größere Rolle spielen als

für Erwachsene. Die Serie wurde auch vonseiten der Medien stark thematisiert. Betont werden muss in diesem Zusammenhang auch, dass besonders die Berichterstattung bei Suiziden Jugendlicher sehr detailliert ausfällt. Dabei stellt sich automatisch die Frage nach der Schuld, wobei meistens die Eltern, die Schule und die gesellschaftliche Lage herangezogen werden, um die Tat zu erklären (vgl. Sonneck et al. 2016, S. 260).

1.4.7. Schulische Anforderungen

Die Schule stellt hohe Anforderungen an die Jugendlichen, die in den meisten Fällen als große Belastung empfunden werden. Der Leistungsdruck kommt aber nicht nur seitens der Schule, sondern auch die Eltern tragen dazu bei, dass Jugendliche sich mehr und mehr gestresst fühlen. Viele Eltern haben den Wunsch, dass ihre Kinder einen höheren Bildungsabschluss erreichen als sie selbst. Dies führt zu Konflikten und Beziehungsproblemen zwischen Eltern und ihren Kindern (vgl. Bründel 1993, S. 18). Innerhalb der Schule können Lernschwierigkeiten, aber auch Versagensängste Stressfaktoren darstellen. Zusammengefasst kann gesagt werden, dass sich Schulbelastungen aus Druck seitens der Eltern, der Leistungsanforderungen der Schule, die einhergehen mit ständigen Bewertungen, und „die negativen motivationalen Begleiterscheinungen bei den Schülern [und Schülerinnen] selbst“ zusammensetzen (ebd., S. 19). Beziehungsprobleme innerhalb der Schulklasse müssen dabei berücksichtigt werden, auch im Zusammenhang mit dem von Bründel (1993) erwähnten Motivationsfaktor.

1.5. Schutzfaktoren

Neben der Reduzierung von Risikofaktoren ist in der Arbeit mit suizidgefährdeten Menschen ebenso von größter Bedeutung, den Blick auf Schutzfaktoren zu richten. Dies bedeutet u.a., Schutzfaktoren herauszuarbeiten und zu stärken, um die Resilienz zu erhöhen. Erhöhte Resilienz kann das Suizidrisiko senken (vgl. Stiftung Deutsche Depressionshilfe 2016, S. 46).

Zu Schutzfaktoren zählen:

- „Selbstvertrauen und ein positives Selbstkonzept
- ein angemessener Umgang mit Gefühlen (...)
- Impulskontrolle

- ein flexibles Problem- und Konfliktlöseverhalten
- kommunikative Fähigkeiten
- ein Gespür für soziale Verantwortung
- eine positive Einstellung zum Leben
- das Gefühl, selbst etwas bewirken/ändern zu können (Selbstwirksamkeit)
- realistische Zukunftsperspektiven“ (SUPRO 2017, S. 21).

An dieser Liste wird deutlich, dass die grundlegende Persönlichkeit eine große Rolle spielt. In Ergänzung dazu ist das Urvertrauen zu nennen, aber auch die Fähigkeit, sich Hilfe zu holen, wenn sie benötigt wird. Tagesstruktur, ausreichend Schlaf und Bewegung und gesunde Ernährung sind weitere Schutzfaktoren (vgl. Stiftung Deutsche Depressionshilfe 2016, S. 46).

Die genannte soziale Verantwortung hängt eng mit dem Aufbau von Beziehungen zusammen. Ein respektvoller Umgang und Empathie sind entscheidend im Zusammenhang mit Beziehungen. Diese wiederum gelten ebenfalls als Schutzfaktoren. Weiters haben die Familie, Peer-Groups und Partner oder Partnerinnen einen großen Einfluss, insbesondere im Jugendalter, da Jugendliche von diesen Beziehungen abhängiger sind als Erwachsene. Sie können Halt und Unterstützung geben (vgl. Stiftung Deutsche Depressionshilfe 2016, S. 46). Berücksichtigt werden muss, dass die Familie nicht zwingend als Ressource gesehen werden kann, insbesondere dann, wenn familiäre Probleme einen Stressfaktor darstellen. So wurde die Familie auch als Risikofaktor deklariert. Familiäre Beziehungen gelten als Schutzfaktor, wenn Jugendliche sich unterstützt, wertgeschätzt und geliebt, aber auch respektvoll behandelt fühlen (vgl. Bründel 2004, S. 156). „Familie kann als Kern eines sozialen Immunsystems angesehen werden, und wenn sie gut funktioniert, als das zentralste Unterstützungssystem überhaupt“ (ebd., S. 156).

Gleichaltrige beeinflussen die Identitätsentwicklung von Jugendlichen besonders stark. Im Zusammenhang mit Schule ist es also von größter Wichtigkeit, auf ein gutes Klima innerhalb der Klasse zu achten und die Anzeichen verbaler Gewalt zu erkennen und aufzugreifen.

Bründel (2004) betont im weiteren Verlauf die Schule, die für Kinder und Jugendliche, zusätzlich zur Familie, eine Sozialisationsinstanz darstellt. Schulischer Erfolg fördert das Selbstwertgefühl, welches wiederum einen Schutzfaktor darstellt (vgl. Bründel 2004, S. 142). „Schule stärkt dann ihre Schülerinnen und Schüler, wenn sie ihnen Handlungs-

spielräume zur Verfügung stellt, in denen sie lernen, mit neuen Situationen umzugehen, wechselnde Situationen erfolgreich zu meistern und dabei ein stabiles Selbstwertgefühl zu entwickeln“ (Bründel 2004, S. 163). Die Institution Schule hat somit nicht nur den Auftrag der Wissensvermittlung, sondern auch die Bildung und Entwicklung der individuellen Persönlichkeiten positiv zu fördern.

1.6. Mögliche Auslöser

Jugendliche, die Suizidgedanken haben, leiden schon längere Zeit an dem Gefühl der Wertlosigkeit. Sie fühlen sich einsam, ausgegrenzt und haben wenig bis gar kein Selbstwertgefühl. Das Gefühl der Hilflosigkeit steht im Vordergrund (vgl. Meurer 2004, S. 202). Die Jugendlichen geraten immer weiter in den Strudel der Hilflosigkeit und Einsamkeit, bis der Punkt kommt, an dem ein einzelnes Ereignis das Fass zum Überlaufen bringt. In den meisten Fällen erleben die betroffenen Personen Zurückweisung in einem für sie sehr wertvollen Lebensbereich, beispielsweise die Trennung ihres Partners oder ihrer Partnerin, wodurch das Selbstwertgefühl angegriffen wird. Weitere Beispiele sind sexualisierte oder körperliche Gewalt, aber auch verbale Angriffe, beispielsweise in der Schule in Form von Mobbing, können mögliche Auslöser darstellen (vgl. Rossmann/Reicher 2008, S. 279). „Normalerweise kann man davon ausgehen, dass Schülerinnen und Schüler schulische Misserfolge bewältigen, aber wenn diese auf einen bestimmten negativ getönten psychischen Nährboden fallen, können sie schlagartig eine suizidale Handlung auslösen, die Außenstehenden völlig unvorbereitet und überraschend erscheint“ (Bründel 2004, S. 66). Es ist somit von größter Wichtigkeit, die Hintergrundfaktoren eines Jugendlichen zu berücksichtigen. Dies bedeutet, über die familiäre und schulische Lage, aber auch über Freundschaften und Beziehungen informiert zu sein, um abschätzen zu können, wie vorbelastet eine Person ist. Dabei gilt es immer zu berücksichtigen, dass manche Menschen mehr aushalten, andere weniger.

In den meisten Fällen ist ein Suizidversuch ein Hilfeschrei, die Betroffenen können mit dem Druck, den sie verspüren, nicht mehr umgehen. Sie wünschen sich Unterstützung, können es aber nicht adäquat kommunizieren. Dabei wird deutlich, und ist gleichzeitig wichtig zu betonen: Eine Person, die einen Suizidversuch begeht, möchte nicht sterben, sondern kann nicht mehr leben (vgl. Meurer 2004, S. 202).

In diesem Zusammenhang ist auch das jugendliche Risikoverhalten zu erwähnen, welches in vielen Fällen selbstgefährdend sein kann. Nicht selten wissen Jugendliche über das Risiko, das sie durch ihre Tat eingehen, Bescheid. Beispiele hierfür wären „das sogenannte S-Bahn-Surfen, der Aufenthalt auf Bahnschienen, das Sichdrehenlassen in Wäschtrocknern“ (Kohnstamm 1999, S. 139). Auch übermäßiger Alkoholkonsum wird als risikoreiches Verhalten angesehen. Besonders für Erwachsene wird dies mit großer Besorgnis betrachtet. Grundsätzlich ist es entscheidend, zu hinterfragen, ob eine Erkrankung dahintersteckt, oder ob es sich dabei ‚nur‘ um jugendliches Ausprobieren handelt (vgl. ebd., S. 136). Dieses ‚Ausprobieren‘ geht mit dem Testen der eigenen Grenzen einher. Jugendliche müssen dies in gewissem Maße auch, da es einen Teil der Entwicklung darstellt. In jungen Jahren haben Menschen mehr Möglichkeiten, außerdem werden gewisse Verhaltensweisen in der Pubertät eher toleriert.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Risikofaktoren und Auslöser nicht klar unterschieden werden können. Jeder Risikofaktor kann zum Auslöser werden, jeder Auslöser stellt einen Risikofaktor dar. So kann eine schlechte Note einen Risikofaktor, oder aber einen Auslöser darstellen – je nachdem, ob dieser Stressfaktor für die Person noch tragbar ist, oder nicht.

1.7. Modelle und Theorien suizidalen Verhaltens

Im Zusammenhang mit Theorien und Modellen suizidalen Verhaltens muss betont werden, dass nicht ein einziges, allgemein gültiges Modell zur Erklärung von Suizidalität existiert. Es spielen neben psychischen auch soziologische und biologische Faktoren eine Rolle. Zwei grundlegende Modelle, durch die Suizidalität erklärt werden kann, werden unterschieden: das Krisen- und das Krankheitsmodell (vgl. Bründel 2004, S. 95). Diese werden im Folgenden genauer beschrieben.

1.7.1. Das Krisenmodell

Eine psychosoziale Krise liegt vor, wenn eine Person durch ein bestimmtes Ereignis ihr seelisches Gleichgewicht verliert und sich im Zuge dessen überfordert fühlt, da die bisher erworbenen Fähigkeiten und Kompetenzen nicht ausreichen, um die Situation zu bewältigen (vgl. Sonneck et al. 2016, S. 32). Unterschieden werden traumatische Krisen und

Veränderungskrisen. Erstere liegen vor, wenn ein schwerwiegendes Ereignis plötzlich auftritt, wie beispielsweise eine Trennung, Krankheit oder der Tod einer nahestehenden Person. Veränderungskrisen hingegen entwickeln sich über einen längeren Zeitraum. Sie gehen einher mit grundsätzlichen Lebensveränderungen, in vielen Fällen beginnt ein neuer Lebensabschnitt. Beispiele hierfür wären u.a. der Auszug aus dem Elternhaus, heiraten, Kinder kriegen, der Pensionseintritt, aber auch alltägliche Situationen wie ein Jobwechsel oder eine Beförderung. Eine Lebensveränderung muss aber nicht automatisch eine Krise auslösen, sondern kann für viele Menschen als positiv wahrgenommen werden (vgl. ebd., S. 35f.). Im Jugendalter kann beispielsweise ein Wohnortwechsel, der nicht selten mit einem Schulwechsel verbunden ist, eine Krise auslösen. Aber auch während der Pubertät, eine Phase, in der Jugendliche mit sehr vielen verschiedenen Veränderungen konfrontiert sind, können Krisen auftreten (vgl. Bründel 2004, S. 95).

Die folgende Abbildung veranschaulicht das Krisenmodell.

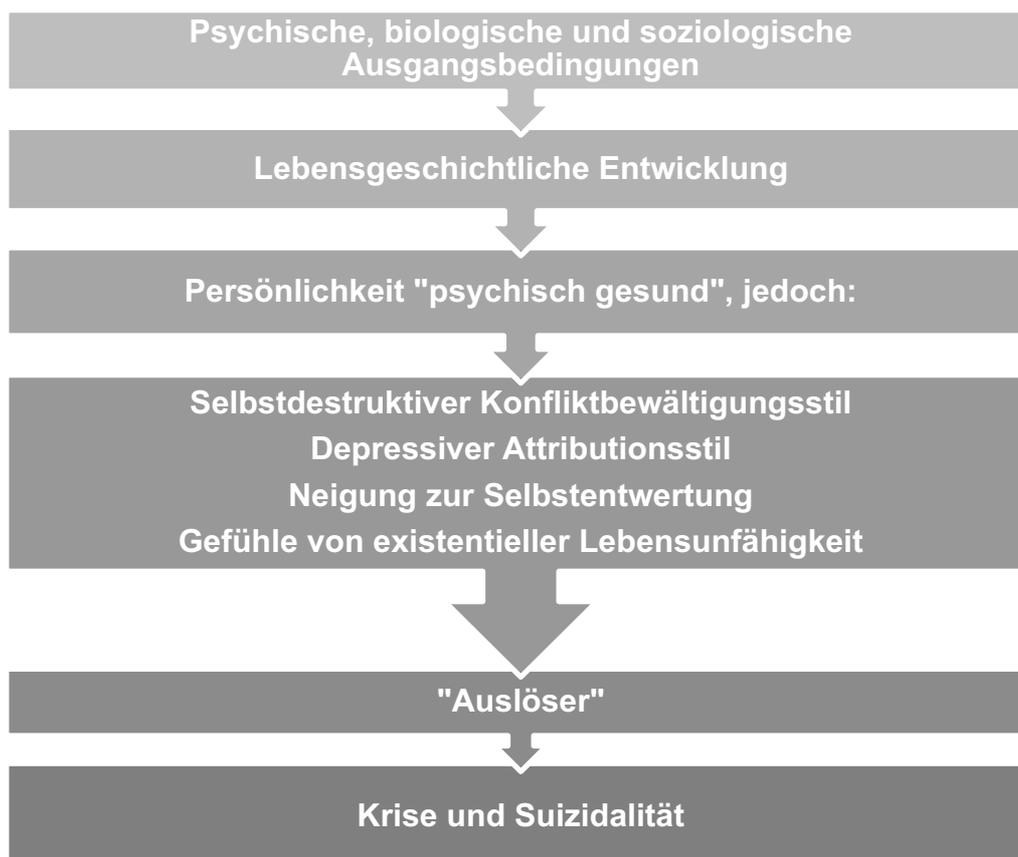


Abbildung 6: Das Krisenmodell (nach Wolfersdorf 2004, 1027) (Bründel 2004, S. 96)

Daran wird deutlich, dass die psychischen, biologischen und soziologischen Faktoren die persönliche Entwicklung beeinflussen. Personen sind gefährdet, wenn sie einen

destruktiven Konfliktbewältigungsstil und depressive Züge aufweisen und im weiteren Verlauf sich selbst entwerten und ihre Lebensfähigkeit infrage stellen. Ein Auslöser – mögliche wurden in Kapitel 1.6 bereits genauer beschrieben – kann dann eine suizidale Krise hervorrufen. In diesem Prozess spielen die Erfahrungen, das Selbstwertgefühl und das Selbstvertrauen einer Person eine entscheidende Rolle, wodurch bestimmte Ereignisse unterschiedlich wahrgenommen und bewertet werden (vgl. Bründel 2004, S. 97). Somit kann beispielsweise eine schlechte Note bei jemanden eine Krise auslösen, während andere die Situation gut bewältigen. „Ein Jugendlicher ist umso krisenanfälliger, je unsicherer er ist und je weniger Hilfe und Unterstützung er von seiner Umwelt erwarten kann bzw. in Anspruch nimmt“ (Bründel 2004, S. 97). Somit ist es für die Krisenbewältigung entscheidend, abzuklären, welcher Anlass besteht (traumatische Krise oder Veränderungskrise), welche Bedeutung diese für die betroffene Person hat und wie anfällig sie ist. Da Krisen nicht nur die einzelne Person betreffen, sondern immer auch das soziale Umfeld zu berücksichtigen ist, ist auch die Reaktion dessen zu beachten, da dies den weiteren Verlauf beeinflusst (vgl. Sonneck 2016, S. 18).

1.7.2. 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).

Es steht somit eine Krankheit im Vordergrund, wobei Suizidalität als Symptom gesehen wird. Die Bandbreite von psychischen Erkrankungen, bei welchen Suizidalität als Begleiterscheinung gesehen wird, ist groß. Steinhausen (2002) nennt neben einer Depression auch Persönlichkeitsstörungen, Psychosen und affektive Störungen (vgl. Steinhausen 2002, S. 406). Teil der affektiven Störungen sind neben Depressionen auch bipolare Störungen, die bei Kindern und Jugendlichen nicht selten sind. In der manischen Phase haben Betroffene sehr viel Energie, können viel leisten, neigen allerdings verstärkt zu riskantem Verhalten, während sie in der depressiven Phase sehr zurückgezogen, traurig und wenig motiviert sind (vgl. Bründel 2004, S. 100f.).

Die Frage ist, ob Suizidalität als eigenständige Erkrankung gesehen werden kann. Diese kann bis heute nicht klar beantwortet werden. Trotz zahlreicher Untersuchungen reichen

die Ergebnisse aus neurobiologischer Sicht nicht aus, um Suizidalität als eigenständige Krankheit zu deklarieren. Es muss somit immer die gesamte, individuelle psychosoziale Situation betrachtet werden (vgl. ebd., S. 101).

Das Krankheitsmodell ist im Ablauf dem Krisenmodell sehr ähnlich, am Ende steht allerdings nicht die Suizidalität an sich, sondern die psychische Krankheit mit Suizidalität (vgl. Bründel 2004, S. 102). Psychisch kranke Jugendliche unternehmen nicht nur einen Suizidversuch, sondern in den meisten Fällen mehrere hintereinander. Mit jedem Versuch steigt die Wahrscheinlichkeit eines Suizids (vgl. Bründel 2004, S. 105).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die beiden Modelle sich zwar ähneln, der Behandlungsansatz sich allerdings stark unterscheidet. Ausgehend vom Krisenmodell wird an der jeweiligen Krise gearbeitet, beispielsweise an einer Trennung, unabhängig davon, ob eine psychische Erkrankung vorliegt oder nicht. Hingegen wird beim Krankheitsmodell die Krankheit in den Fokus genommen und im ersten Schritt behandelt. Ziel beider Behandlungsformen ist die Reduzierung des Suizidrisikos (vgl. Wolfersdorf 2008, S. 1328).

Neben dem Krisen- und Krankheitsmodell gibt es weitere Theorien, auf die in den nächsten Unterkapiteln näher eingegangen werden soll.

1.7.3. Soziologische Theorie

Vertreter und Vertreterinnen der soziologischen Theorie nehmen im Zusammenhang mit Suizid gesellschaftliche Faktoren in den Blick und nicht das Individuum selbst. Dabei wird untersucht, ob Zusammenhänge zwischen Suiziden bzw. Suizidversuchen und äußeren Faktoren, wie „Alter, Geschlecht, Beruf, soziale Situation, Lebensumstände“ bestehen (Bründel 2004, S. 106). Es werden die gesamten Suizidhandlungen einer Gesellschaft untersucht und nicht ein einzelner.

Nach Bille-Brahe (2000) braucht es ein Gleichgewicht zwischen gesellschaftlicher Beteiligung und Eigenständigkeit – eine Person ist sowohl Individuum als auch Teil eines Ganzen:

„Man needs to believe in the special and real existence of community and to be part of it, and to have the norms and the rules of the community for support. On the other hand, man also has a need to be himself, for autonomy, and for

believing in his own identity and his own vital and unique significance, both as an individual and as part of the community” (Bille-Brahe 2000, S. 194f.)

Durkheim sieht bei einer Suizidhandlung die Beziehung zwischen Person und Gesellschaft als gestört an (vgl. Bründel 2004, S. 106). Eine suizidale Person hat entweder zu viel Individualität, oder aber zu wenig, die Anpassung an die Gesellschaft ist somit nicht im korrekten Maß gegeben (vgl. Bronisch 1995, S 64).

Weiters beschreibt er drei Arten von Suizid: den ‚egoistischen‘, den ‚altruistischen‘ und den ‚anomischen‘. Ein ‚egoistischer Suizid‘ betrifft insbesondere Jugendliche, die sich sehr zurückziehen, selbst ausgrenzen, an keinen Gruppenaktivitäten teilnehmen möchten und von anderen als Einzelgänger oder Einzelgängerinnen gesehen werden. Nach Durkheim ist dies „Ausdruck einer zu starken Individuation und eines mangelnden Gemeinschaftsbewusstseins und einer ungenügenden Gemeinschaftsverbundenheit“ (ebd., S. 106). Der ‚altruistische Suizid‘ ist das Gegenteil des egoistischen. Diese Jugendliche definieren sich selbst über andere, sind wenig selbstständig, können nur schlecht alleine sein und sind stark von ihrem sozialen Umfeld abhängig. Hierbei kommt es oft zu einem Doppelsuizid, der insbesondere bei Jugendlichen nicht selten vorkommt. Dies bedeutet, dass entweder sehr enge Freund*innen gemeinsam Suizid begehen oder der zweite Suizid kurze Zeit nach dem ersten erfolgt (vgl. Bründel 2004, S. 107). ‚Anomischen Suizid‘ begehen meist Jugendliche, denen Grenzen fehlen. Sie fühlen sich sowohl im familiären als auch im gesellschaftlichen Kontext weder sicher noch geborgen und haben weder kurz- noch langfristige Ziele. Sie kommen nicht selten aus sogenannten broken-home-Familien, haben keinen Pflichtschulabschluss und keinen fixen Ausbildungsplatz (vgl. Bründel 2004, S. 107). Es fehlt ihnen somit neben Geborgenheit auch an Tagesstruktur, die ihnen ein Stück Sicherheit geben würde.

Durkheim berücksichtigt in seiner soziologischen Theorie allerdings nicht individuelle Faktoren, die in Bezug auf Suizidalität nicht zu vernachlässigen sind – wobei dies auch nicht seine Absicht war (vgl. Bründel 2004, S. 108). Weiters bezieht er sich im Hinblick auf den Begriff ‚Gesellschaft‘ nur auf größere Bevölkerungen und vernachlässigt die Familie, die ebenfalls als Sozialisationsinstanz gesehen werden muss (vgl. Bronisch 1995, S. 66).

Im Gegensatz zur soziologischen Theorie nehmen die die psychodynamische und die psychoanalytische Theorie das Individuum in den Fokus. Im weiteren Verlauf werden diese genauer beschrieben.

1.7.4. Psychoanalytische Theorie

Die psychoanalytische Theorie nimmt die psychologischen Faktoren, die persönliche Entwicklung, Krisen und Konflikte eines Menschen in den Blick. Erst im Jahre 1910 haben sich Vertreter und Vertreterinnen mit dem Thema des Suizids auseinandergesetzt, insbesondere Sigmund Freud (vgl. Bründel 2004, S. 108). Störungen der frühkindlichen Entwicklung und die daraus entstehenden psychischen Erkrankungen stellen das Zentrum der psychoanalytischen Theorie dar. Besonders bei chronischer Suizidalität wird diese Theorie herangezogen (vgl. Sonneck et al. 2016, S. 232).

Freud geht davon aus, dass „ein depressiver Mensch, der zum Suizid neigt, (...) Entwicklungsstörungen aus der oralen (Urvertrauen), der analen (Macht) und der frühen genitalen (Oedipus) Phase auf[weist]“ (Bründel 2004, S. 108). Freud stellte diese Theorie im Hinblick auf Erwachsene auf. Wird die Theorie auf jugendliche Suizidalität umgelegt, wird davon ausgegangen, dass Eltern ihre Kinder in jungen Jahren zu wenig unterstützt haben. So wird während der oralen Phase die Grundlage der Selbstsicherheit eines Kindes gelegt (vgl. ebd., S. 108). Wird diese Phase nicht problemfrei durchlebt, kommt es zu einer „ananklitischen Depression, die sich in auffälligem Verhalten zeigt wie Schreien, Weinen, Schlaflosigkeit und Rückzugsverhalten“ (ebd., S. 108). Während der analen Phase, das Kind ist zwei bis drei Jahre alt, steht die Sauberkeitserziehung im Mittelpunkt. Dabei kann es zu Machtstreitigkeiten kommen. Während der genitalen Phase identifizieren sich Kinder mit ihrem eigenen Geschlecht und entwickeln dementsprechende Verhaltensweisen. Liebe zeigen sie zu dieser Zeit vorrangig dem gegengeschlechtlichen Elternteil (vgl. ebd., S. 109).

Erlebt eine Person während dieser Phasen eine Enttäuschung, kann dies im späteren Leben zu Hass- und Mordgedanken führen, die sich gegen die Personen richten, die von den Betroffenen zu früheren Zeiten geliebt, von denen sie allerdings enttäuscht wurden (vgl. Bründel 2004, S. 109). Die dabei entstehende Aggression ist nach Freud somit nicht genetisch verankert, sondern entwickelt (vgl. Bronisch 2007, S. 75). Suizidale Personen richten dabei diesen Hass und die Mordfantasien gegen sich selbst, da sie sich sehr stark

mit der anderen Person identifizieren. Das Richten der Aggression gegen das eigene Selbst ist das Zentrum der Freud'schen Theorie. Der Suizid wird als Lösung eines Konflikts und als einziger Ausweg gesehen (vgl. Bründel 2004, S. 109). Auch Ringel (1974) nennt die gehemmte Aggression, die sich gegen das eigene Individuum richtet, als Teil des präsuizidalen Syndroms (vgl. Ringel 1974, S. 15). Er greift damit Freuds Theorie auf, die auch heutzutage oft vertreten ist. Das präsuizidale Syndrom ist Teil der psychodynamischen Theorie, die im folgenden Unterkapitel näher erläutert wird.

1.7.5. Psychodynamische Theorie

Das präsuizidale Syndrom beschreibt die psychische Verfassung eines Menschen, bevor dieser einen Suizidversuch begeht. Dieser Zustand kann als Anzeichen für Suizidgefährdung gesehen werden. Ringel (1978) beschreibt dabei drei Elemente:

- Einengung (situativ / dynamisch / zwischenmenschlich / Einengung der Werte)
- Aggression gegen das eigene Selbst
- Suizidgedanken (vgl. Ringel 1978, S. 45)

Dass Aggression im Zusammenhang mit Suizid eine große Bedeutung einnimmt, wurde in der vorliegenden Arbeit bereits thematisiert. Ringel (1978) sieht Aggression als Teil des präsuizidalen Syndroms. Er betont, dass Suizid- und Aggressionsforschung in engem Zusammenhang stehen (vgl. ebd., S. 68). Dass Suizidgedanken und das Aussprechen von Suizidfantasien ernst genommen werden müssen, wurde ebenfalls schon deutlich gemacht. Daher wird im Folgenden nur auf die verschiedenen Arten der Einengung genauer eingegangen.

Die situative Einengung beschreibt die fehlende Selbstwirksamkeit, das Gefühl der Hilf- und Hoffnungslosigkeit. Betroffene haben den „Eindruck, von allen Seiten behindert und umzingelt zu sein, in einen Raum (eine Röhre) gepreßt [sic!] zu werden, der die eigenen Chancen immer mehr reduziert, das Licht wegnimmt, aber auch die Luft zum Atmen“ (Ringel 1978, S. 46). Die dynamische Einengung beschreibt den absoluten Kontrollverlust. Der Suizid wird als einziger Ausweg gesehen, aus einer Situation, die als nicht mehr aushaltbar empfunden wird. Das Abschotten von der Außenwelt, der Rückzug und das Gefühl der Einsamkeit wird als zwischenmenschliche Einengung bezeichnet (vgl. ebd., S. 48ff.). Im weiteren Verlauf wird die „Einengung der Wertewelt“ beschrieben, wobei das Selbstwertgefühl einer Person im Zentrum steht. Somit muss das Selbstwertgefühl

einer Person berücksichtigt werden, weiters aber auch das Konfliktverhalten. Personen mit wenig Selbstwertgefühl sind sehr unsicher und gehen Konflikten oder unangenehmen Situationen lieber aus dem Weg (vgl. Ringel 1978, S. 56f.). Dabei betont Ringel (1978): „Nur durch Wertverwirklichung können wir ein Anhalten oder ein Ansteigen unseres Selbstwertgefühls erreichen“ (Ringel 1978, S. 58). Suizidgefährdete Menschen distanzieren sich nicht nur von Personen in ihrem Umfeld, sondern auch von materiellen Dingen, die ihnen früher wichtig waren. Den meisten Personen fehlt die Kraft, ihre Freizeit aktiv zu gestalten oder sich für etwas einzusetzen. Ist ein solcher Veränderungsprozess zu beobachten, gilt dies als mögliches Warnsignal.

1.7.6. Lerntheorie

Vertreter*innen der Lerntheorie gehen davon aus, dass Suizidalität, genauso wie jedes andere Verhalten, erlernt wurde. Die Reaktion der sozialen und physikalischen Umwelt, beispielsweise Belohnung oder Bestrafung, ist dabei zentral. Auch das Modelllernen ist in diesem Zusammenhang von großer Bedeutung. Eine Person ist für ein Kind ein Vorbild, wenn eine positive Beziehung zwischen den beiden gegeben ist, das Kind sich mit dieser Person identifizieren kann und sieht, dass sie durch ihr Verhalten Erfolg haben – unabhängig davon, ob es sich dabei um positive oder negative, beispielsweise selbstverletzende, Verhaltensweisen handelt. So kann beispielsweise ein Suizid eines prominenten Schauspielers zu Nachahmungstaten führen, insbesondere dann, wenn in den Medien genau berichtet wird, wie und wodurch der Suizid erfolgte (vgl. Bründel 2004, S. 118).

Im Zusammenhang mit der Lerntheorie spielt auch die ‚erlernte Hilflosigkeit‘ nach Seligman (1975) eine große Rolle. Eine Person macht in frühen Jahren die Erfahrung, dass eine gezeigte Reaktion nicht die gewünschten Wirkung hat und bekommt somit das Gefühl, dass sie keinen Einfluss auf ihre Umgebung hat. Durch diese Erfahrungen sinkt die Motivation, Probleme selbstständig und angemessen zu lösen, die Person fühlt sich in jeder Situation der Umwelt hilflos ausgeliefert und gibt sich selbst die Schuld für ihr Versagen. Der Suizid wird schlussendlich als geeignete Coping-Strategie und Problemlösung angesehen. Diese Theorie liefert eine mögliche Erklärung für wiederholte Suizidversuche (vgl. Wunderlich 2004, S. 26f.).

Besonders depressive Jugendliche hegen die stille Hoffnung, durch verstärkten Rückzug mehr Aufmerksamkeit von ihren Eltern zu erhalten – aus lerntheoretischer Sicht würde

dies eine Verstärkung darstellen. Nach einem erfolgten Suizidversuch reagieren die meisten Eltern jedoch gekränkt und geben ihren Kindern die Schuld, außerdem haben sie enorme Angst, dass ihr Kind wieder einen Suizidversuch begeht. Auch verstärkte Abweisung kann eine mögliche Folge darstellen (vgl. ebd., S. 27). Der oder die Jugendliche erhält somit nicht die gewünschte Aufmerksamkeit, es kommt eher zu einer Verschlechterung der Gesamtsituation.

1.7.7. Stresstheorie

Houston (1987, 376) unterscheidet zwischen psychologischem und körperlichem Stress, wobei der psychologische mit negativen Emotionen einhergeht. Diese werden hervorgerufen, wenn eine Situation als stressend empfunden wird (vgl. Bründel 2004, S. 121). Es kommt somit auf die individuelle Wahrnehmung an.

Der relationale Ansatz nimmt neben dem Individuum auch die Situation in den Blick. Zu relationalen Reizen zählen u.a. „die kritischen Lebensereignisse, ‚daily hassles‘ und Krisen“ (ebd., S. 121). „Zu belastenden Lebensereignissen zählen z.B. Geburt eines Geschwisters, Todesfälle, Klinikaufenthalte, Scheidung oder Wiederheirat der Eltern oder auch das Erlebnis, Zeuge von schrecklichen Ereignissen zu sein, wie z.B., dass ein Elternteil versuchte, den anderen umzubringen“ (Wunderlich 2004, S. 32). Weitere Beispiele sind Wohnortswechsel, die nicht selten mit Schulwechsel einhergehen, und die Krankheit einer nahestehenden Person (vgl. ebd., S. 32). Diese oder ähnliche Situationen können Personen in Stress versetzen, wobei dieser von folgenden Faktoren beeinflusst wird (vgl. Wunderlich 2004, S. 32):

- „Personenmerkmale wie Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status, Gesundheitszustand, Intelligenz, seelische Struktur usw.
- Antezedenzmerkmale wie Vorerfahrungen mit bestimmten Lebensereignissen und deren Bewältigung
- Kontextmerkmale wie politisches, ökonomisches, historisches und soziales Umfeld“ (Wunderlich 2004, S. 32).

Diese Faktoren sind nicht auf den ersten Blick sichtbar, gilt es aber in der Arbeit mit Menschen zu berücksichtigen.

„Daily Hassles“ beschreiben Belastungen im Alltag, die im Vergleich zu kritischen Lebensereignissen weniger schwerwiegend sind, allerdings Stress auslösen, insbesondere

wenn sie öfters auftreten und wenige positive Erlebnisse, die negative kompensieren könnten, gegeben sind. Diese werden als ‚Uplifts‘ bezeichnet (vgl. Wunderlich 2004, S. 33).

Kritische Lebensereignisse und ‚daily hassles‘ stehen nicht selten im Zusammenhang. Kommt es zu einer gravierenden Lebensveränderung, wie beispielsweise einem Umzug, geht dies mit Veränderungen im Alltag einher. Dies kann beispielsweise das Eingewöhnen in einer neuen Schule sein, aber auch das Knüpfen neuer Freundschaften. Je nach Dauer, Vorhersagbarkeit, Häufigkeit und Intensität wird das Wohlbefinden einer Person eingeschränkt (vgl. ebd., S. 33).

2. PRÄVENTION

2.1. Definition „Prävention“

Schubarth (2000) definiert den Begriff der Prävention im Alltag als „innovative und sachgerechte Politik zur ‚Problemvorbeugung‘“ (Schubarth 2000, S. 128). Ziegler (2018) ist der Meinung, dass „Prävention (...) ein politisch-normativ besetzter Begriff [ist], der verspricht Problementwicklungen frühzeitig zu verhindern, bevor sie als Problemlagen manifest werden, die mit höherem Aufwand zu bearbeiten sind“ (Ziegler 2018, S. 660).

Der Grundgedanke ist das möglichst frühe Verhindern von Unerwünschtem, wie beispielsweise Erkrankungen, Suchtverhalten, Gewalttätigkeit, Misshandlung und Vernachlässigung. (vgl. Lüders 2016, S. 512f.). So können auch hinsichtlich Suizid vorbeugende Maßnahmen getroffen werden.

Weiters besteht die Annahme, dass vorbeugende Maßnahmen sinnvoller seien als die Behandlung – Probleme sollten somit im besten Fall gar nicht entstehen. Somit ist Prävention in jedem Lebensbereich möglich. Individuen selbst fordern präventive Handlungen ein, beispielsweise in Form von Ratgebern (vgl. ebd., S. 513). Dies hat zur Folge, dass der Begriff im Alltäglichen sehr weit gefasst werden kann. Schubarth (2000) sieht dies kritisch, da der Begriff dadurch nicht klar abgegrenzt werden kann und insbesondere in der Wissenschaft schwer handhabbar ist (vgl. Schubarth 2000, S. 128).

2.2. Präventionsstrategien und -kategorien

Um erfolgreiche Prävention sicherstellen zu können, ist es von großer Bedeutung, relevante Ziele und Zielgruppen festzustecken. Ein einziges Programm, das sich an alle richtet und keine festgelegten Ziele verfolgt, ist wenig zielführend (vgl. Schüz/Möller 2006, S. 143). So unterscheidet Herriger (1986) zwischen personenbezogener und strukturbezogener Prävention. Die personenbezogene Präventionsstrategie stellt das Verhalten des einzelnen Individuums in das Zentrum. „Im Mittelpunkt (...) steht (...) der Versuch, das Auftreten manifester Störzeichen (...) und die Verfestigung devianter Handlungsmuster durch Aufklärung über (...) Verhaltensgrenzen, durch Vermittlung von Handlungskompetenzen sowie durch die frühzeitige Diagnose und Kompensation ‚prädelinquenter‘ Verhaltensweisen zu verhindern“ (Herriger 1986, S. 10). Der erwähnte Aspekt des Vermittelns von Handlungskompetenzen ist heutzutage ein entscheidender Teil fast jedes Suizidpräventionsprogrammes. Herriger (1986) spricht weiters von Elterntrainings und Familienarbeit, aber auch von Interventionen bei akuten Krisen innerhalb der Familie. Er betont, dass diese Präventionsstrategie aber nur Erfolg hat, wenn Professionelle und Adressaten und Adressatinnen zusammenarbeiten (vgl. Herriger 1986, S. 10).

Die strukturbezogene Prävention nimmt nicht das Individuum selbst in den Blick, sondern die Ursache. Im Mittelpunkt steht die Familie und deren soziale Lebenslage (vgl. Herriger 1986, S. 10). Diese „bezeichnet die unterschiedlichen, sozial strukturierten Möglichkeiten von Familien, sich in Austauschbeziehungen mit dem sozialen System jene Leistungen (Ressourcen) für die internen Familienprozesse anzueignen, die vom familiären System selbst nicht erzeugt werden können“ (Herriger 1989, S. 11). Beispiele für diese externen Ressourcen wären u.a. die Wohnsituation, die Schule, Beratungsangebote, familiäre Entlastungsdienste oder finanzielle Unterstützungsmaßnahmen. Diese beeinflussen den Familienalltag, die internen Familienbeziehungen und somit auch die Sozialisation der Kinder und Jugendlichen. In ihnen spiegelt sich die soziale Lebenslage der Familie wider (vgl. ebd., S. 11). Niederschwellige, regionale Angebote, die kostenfrei in Anspruch genommen werden können, erleichtern den Zugang zu Ressourcen und sind in diesem Zusammenhang von großer Bedeutung.

Caplan (1964) unterschied drei Kategorien der Prävention, die einige Jahre später um eine vierte ergänzt wurden (vgl. Ziegler 2018, S. 661). Abbildung 7 veranschaulicht diese.

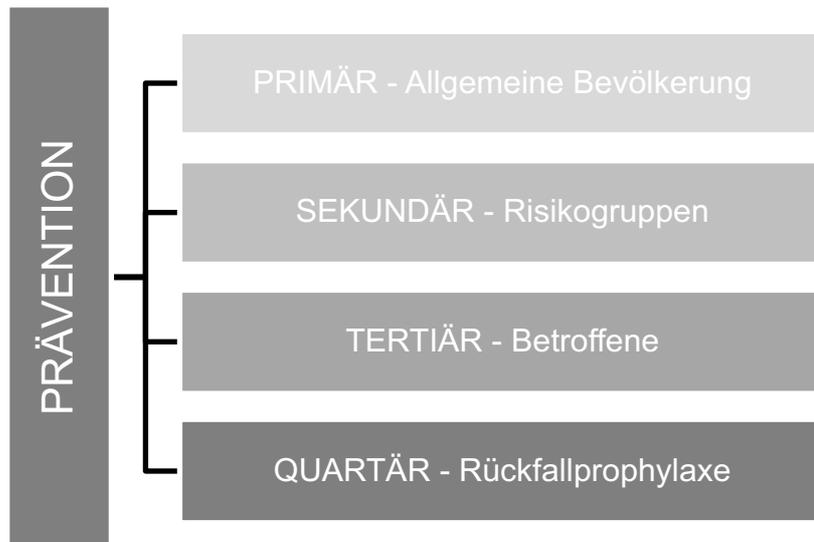


Abbildung 7: Präventionsarten

Primäre Prävention

Diese zielt darauf ab, Krankheiten oder sonstige Probleme einer Gruppe oder eines Einzelnen zu verhindern (vgl. Schubarth 2000, S. 130). Sie richtet sich an die allgemeine Bevölkerung, Beratungen und Aufklärungsarbeit kommen hier zum Einsatz (vgl. Herri-ger 1986, S. 8). Hinsichtlich Suizidalität besteht das Ziel, eine grundsätzliche Suizidgefährdung zu verhindern. Da hierbei allerdings verschiedenste Bedingungen und Risikofaktoren ineinander spielen, erweist sich die primäre Prävention in diesem Bereich als äußerst schwierig. Wunderlich (2004) sieht niederschwellige Familienarbeit, Aufklärung, ein breites Angebot von Beratungen und Entlastung bringende Hilfsmaßnahmen als wertvoll an, da die Familie einen Risikofaktor darstellen kann (vgl. Wunderlich 2004, S. 119). Suizidpräventionsprogramme in der Schule sind von großer Bedeutung, „welche die Identifizierung von suizidgefährdeten Schülern [und Schülerinnen] mit Hilfe von Lehrer[und Lehrerinnen]-beurteilungen sowie die unterstützende Beratung von Lehrern [und Lehrerinnen], Eltern und Schülern [und Schülerinnen] zum Inhalt haben sollten“ (Wunderlich 2004, S. 119). Weiters soll an „professionelle psychologische Beratung von Lehrern [und Lehrerinnen] zum Umgang mit Schüler[und Schülerinnen]-problemen gedacht werden“ (ebd., S. 119). Wunderlich (2004) sieht somit Lehrer und Lehrerinnen in der Verantwortung, die neben ihrer Lehrtätigkeit psychologische Beratungen anbieten und suizidgefährdete Schüler und Schülerinnen erkennen sollen. Dabei haben Lehrpersonen selten eine psychologische Ausbildung, noch sind sie für die Anzeichen von Suizidalität sensibilisiert. Einerseits müsste dies vermehrt in der Ausbildung verankert sein,

andererseits ist es die Aufgabe der Schulsozialarbeiter und Schulsozialarbeiterinnen bzw. der Schulpsychologen und Schulpsychologinnen Beratungsgespräche anzubieten und Konflikte und Krisen wahrzunehmen.

Sekundäre Prävention

Hierbei stehen Maßnahmen für Risikogruppen im Mittelpunkt (vgl. Schubarth 2000, S. 130). Herriger (1986) spricht von „Störungsanzeichen“, die es „über beratende, behandelnde und betreuende Verfahren abzustellen [gilt]“ (Herriger 1986, S. 8). Heutzutage würde von Anzeichen gesprochen werden, die es zu erkennen und einzuordnen gilt, um eine angemessene Behandlung bzw. Betreuung zu gestalten.

Hierzu benötigt es eine diagnostische Grundlage, um Maßnahmen anpassen zu können. Hinsichtlich Suizidalität würde Sekundärprävention bedeuten, Suizidversuche oder Suizide von gefährdeten Personen zu verhindern. Gruppen, die ein erhöhtes Risiko für Suizidalität aufweisen, wurden bereits in Kapitel 1.4.1. näher beschrieben. Da Krisensituationen grundsätzlich nicht verhindert werden können, benötigt es eine erhöhte Wahrnehmungssensibilität, da diese bei gefährdeten Personen einen Hinweis auf erhöhte Suizidgefährdung darstellen können (vgl. Wunderlich 2004, S. 220).

Tertiäre Prävention

„Die tertiäre Prävention richtet sich an betroffene Personen“ (Böllert 1995, S. 108). Beispielsweise kommen hier therapeutische Maßnahmen zum Einsatz, im Rahmen eines Klinikaufenthalts o.Ä.

Quartäre Prävention

Diese Kategorie stellt Rehabilitationsprogramme in den Mittelpunkt. Dabei soll das (Wieder-)Auftreten von Problemen, Erkrankungen o.Ä. verhindert werden (vgl. Fellöcker 2004, S. 224). Quartäre Prävention scheint den Fokus sehr auf Leistung zu legen, durch welche unerwünschte Negative verhindert werden sollen. Problematisch daran ist der entstehende (Leistungs-)Druck, der dabei auf die Menschen ausgeübt wird.

2.3. Gegenpositionen und Kritik am Präventionsbegriff

Ziegler (2018) ist der Meinung, dass „Prävention für eine vorausschauende und letztlich kluge Interventions- und Politikgestaltung [steht]“ (Ziegler 2018, S. 660). Nicht immer

kann diese Meinung geteilt werden. Herriger (1986) spricht von einer „vernachlässigten[n] Dimension der gesellschaftlichen Definition und Kontrolle von Abweichung“, die Gesellschaft legt Normen fest und möchte abweichendes Verhalten verhindern (Herriger 1986, S. 17). Daraus lässt sich ableiten, dass Präventionsarbeit die Anpassung an gesellschaftliche Normen unterstützt. Auf der einen Seite wird im professionellen und wissenschaftlichen Kontext von Diversität und Inklusion gesprochen, gesellschaftliche Normen werden hinterfragt und kritisiert. Auf der anderen Seite wird daran gearbeitet, diese Normen aufrecht zu erhalten und Abweichungen von diesen zu verhindern – zu jeder Zeit und in jeder Lebenslage. Böllert (1995) geht so weit zu sagen, dass „nicht mehr das Subjekt (...) im Zentrum von Präventionsprogrammen [steht], sondern neue Überwachungstechnologien produzieren die technokratische Konstruktion von Risikogruppen und die Planung potentieller Lebensläufe“ (Böllert 1995, S. 123). Dass sich Prävention an Defiziten orientiert, betonen auch Lindner und Freund (2001):

„Der Prävention sind Mängel, Defizite, Devianzen, Gefahren, Abweichungen oder sonstige Beeinträchtigungen immanent. Sie benötigt diese Kategorien geradezu existenziell – nämlich, um ihnen zuvorzukommen (Prä-Vention): Ohne Gefährdungen keine Prävention. (...) Aus eigenen Begriffsverständnis heraus basiert Prävention (...) auf einer Haltung der Besorgnis, des Argwohns, der Spekulation, der Vermutung, des Zweifels, des Ahnens und Unglaubens, des Bedenken bis hin zu Unterstellungen, Befürchtungen und Bezichtigungen“ (Freund/Lindner 2001, S. 70).

Im Prinzip kann dadurch jede mögliche präventive Arbeit gerechtfertigt werden, denn jeder mögliche, denkbare Lebensbereich kann zur Gefahr werden.

Dieser Negativ-Blick, gekoppelt mit Besorgnis, hat u.a. die Folge eines Generalverdachts. Daraus entsteht nicht selten eine geschlechtsspezifische Prävention, sodass es beispielsweise für junge Männer vermehrt Gewaltpräventionsangebote gibt. Dieser Gedankengang ist aus ethischen Gründen nicht zu unterstützen, außerdem gibt es keine empirischen Befunde, die diese Generalverdachtsannahmen stützen würden (vgl. Lüders 2016, S. 531).

Im Jahre 1992 warnt Thomas Bock davor, dass „die Gesundheit zum Fetisch, die Krankheit dagegen zum Tabuthema [wird]“ (Bock 1992, S. 109). Gesundheit wird verknüpft mit Leistung, Jugendlichkeit und Attraktivität. Gesunde Menschen können Leistung

erbringen, kranke nicht (vgl. ebd., S. 109). Arbeitsunfähige Menschen werden als Problem wahrgenommen – vordergründig deshalb, da sie der Wirtschaft keinen Nutzen bringen. Dies wird auch an einem weiteren Kritikpunkt deutlich, der die Finanzierung von Krankheiten betrifft.

Durch präventive Handlungen sollen teure Maßnahmen verhindert werden. Als Beispiel kann die Kinder- und Jugendhilfe genannt werden. Durch präventives, niederschwelliges Arbeiten, beispielsweise im Sozialraum, sollen kostenintensive Vereinbarungen (Einzelfallhilfe, Familienentlastung o.Ä.) inhibiert werden (vgl. Ziegler 2018, S. 663). „Prävention wird zu einer Chiffre für die Vermeidung der Entstehung kostenintensiver Fälle“ (ebd., S. 663).

Weiters sind in diesem Zusammenhang bestehende Ängste bzw. Gegenpositionen nicht zu vernachlässigen. Insbesondere in der Suizidprävention besteht nicht selten die Meinung von Professionellen, beispielsweise Schulsozialarbeiter*innen, durch die Thematisierung bei möglicherweise gefährdeten Personen etwas auszulösen. Daher stellt sich die Frage nach der Notwendigkeit einer standardisierten Suizidpräventionsmaßnahme. Problematisch an sogenannten Standards sieht Lüders (2016) jedoch die Vernachlässigung der Sichtweisen der betroffenen bzw. gefährdeten Personen, durch die vorrangige Präsenz von Expert*innen. „Präventives Denken und Handeln einerseits und das sonst in pädagogischen Zusammenhängen wertgeschätzte Prinzip der Beteiligung andererseits erweisen sich an dieser Stelle als nahezu inkompatibel“ (Lüders 2016, S. 530). Es braucht daher ein Konzept, das hierarchische Strukturen aufbricht, ein offenes Ambiente schafft und jeden und jede dazu einlädt, sich aktiv zu beteiligen.

Heimgartner (2019) spricht im Rahmen der Prävention von kultureller Bildung (vgl. Heimgartner 2019, o.S.). ‚Information‘ und ‚Aufklärung‘ statt ‚Verhinderung‘ sind Begriffe, die mit Prävention assoziiert werden sollten. Anstatt zu versuchen, Krisen mit allen Mitteln zu verhindern, sollte vielmehr der Fokus auf Möglichkeiten adäquater Krisenbewältigung bzw. auf die Gestaltung des Lebens gelegt werden.

Daher sollte Suizidprävention auf einem Konzept aufbauen, das Menschen Krisen- und Stressbewältigungsmöglichkeiten vermittelt, welche im Alltag leicht umgesetzt werden können. Weiters sollten Mythen und Vorurteile aufgegriffen werden, Anzeichen einer suizidalen Krise dargelegt und Anlaufstellen verschiedenster Art präsentiert werden.

Dabei können verschiedenste Übungen durchgeführt werden, die alle Beteiligten miteinbezieht.

Welche konkreten Maßnahmen auf nationaler und internationaler Ebene herangezogen werden und welche Rolle die Schule spielt, wird in den weiteren Unterkapiteln näher erläutert.

2.4. Suizidprävention

Wolfersdorf (2008) definiert Suizidprävention als „die Verhütung der Umsetzung von Suizidideen in Suizidabsicht und suizidale Handlung“ (Wolfersdorf 2008, S. 1329).

Ob präventive Maßnahmen im Allgemeinen Wirkung zeigen, lässt sich nicht immer klar belegen. Dass Präventionsarbeit eng mit Unsicherheit verbunden ist, wurde bereits im vorangegangenen Unterkapitel näher erläutert. Zima (2012) stellt jedoch fest, dass ein Suizid verhindert werden kann, wenn passende Maßnahmen zum richtigen Zeitpunkt gewählt und eingesetzt werden (vgl. Zima 2012, S. 409). Fraglich ist, ob die passenden Maßnahmen, gekoppelt an den korrekten Zeitpunkt, immer gefunden werden können. In der professionellen Praxis herrscht die allgemeine Meinung, dass Suizide nicht immer verhindert werden können.

Grundsätzlich zeigen aber internationale Evaluierungen, dass Suizidprävention indirekt wirkt. Ob dadurch auch auf direkter Ebene das suizidale Verhalten von Betroffenen beeinflusst werden kann, ist nicht klar (vgl. Zima 2012, S. 406). Dabei sollten Suizidpräventionsprogramme nicht auf eine Präventionskategorie beschränkt werden, sondern sowohl die Primär- und Sekundär-, als auch die Tertiärprävention umfassen, um einen Erfolg zu erzielen (vgl. Zima 2012, S. 409). Wedler (2017) nimmt besonders die Sekundärprävention in den Blick, indem er betont, dass Risikogruppen besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte (vgl. Wedler 2017, S. 131).

2.4.1. Maßnahmen zur Suizidprävention

Durch konkrete Maßnahmen „können (...) Risikofaktoren (...) minimiert werden – als solche gelten Aggression und Depressivität –, und der Selbstwert kann gesteigert werden“ (Zima 2012, S. 406). So betont auch Bründel (2004), dass „zentrale Faktoren in der Prävention (...) [die] Stärkung der Problemlösefähigkeit, des Selbstbewusstseins und des

Selbstwertgefühls von Kindern und Jugendlichen [sind]“ (Bründel 2004, S. 154). Es geht somit vordergründig um die Reduzierung von Risiko- und die Stärkung von Schutzfaktoren. So sollte eher von einer Verführung zum Leben anstatt von einer Verhinderung des Suizids gesprochen werden (vgl. Wedler 2017, S. 134). „Vielleicht noch sehr viel wichtiger als konkrete Maßnahmen ist für eine erfolgreiche Suizidprävention die Einstellung der Bevölkerung zum Suizid“ (Wedler 2017, S. 130). Wedler (2017) betont auch, dass eine gesteigerte gesellschaftliche Akzeptanz von suizidalen Handlungen diese hemmen könnte und dass Suizidprävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu sehen ist (vgl. ebd., S. 130). Daran wird deutlich, dass die gesellschaftliche Enttabuisierung dieser Thematik einen entscheidenden Beitrag zur Suizidprävention leistet.

Neben dem gesellschaftlichen Aspekt braucht es als Basis für die Suizidprävention eine offene Haltung, Information, aber auch innere Distanz. Das einfache Dasein und das Vermitteln von Interesse am Menschen bilden eine zentrale Grundlage, insbesondere bei gefährdeten Personen. Empathie und das Aufzeigen von Verständnis sind von gleicher Relevanz wie die Akzeptanz jeglicher Emotionen. Es geht in erster Linie darum, ein Kommunikationsangebot zu schaffen (vgl. ebd. 2017, S. 134). Dabei ist es irrelevant, ob es sich um Primär-, Sekundär oder Tertiärprävention handelt. So braucht es nach Zima (2012) Angebote, die von Hilfesuchenden schnell, niederschwellig und anonym in Anspruch genommen werden können. Aber nicht nur Betroffene benötigen Hilfe, auch Angehörige und Freunde oder Freundinnen brauchen Unterstützungsmaßnahmen (vgl. Zima 2012, S. 406).

Zu diesen Unterstützungsmaßnahmen zählt u.a. das Vermitteln von Information. Welche weiteren konkreten Maßnahmen präventiv eingesetzt werden, wird im weiteren Verlauf genauer erläutert.

Nutzung der Medien

Durch die Nutzung der Medien könnten mehr Menschen aufgeklärt werden, dies wird bisher aber wenig genutzt. Nichtsdestotrotz versuchen Suizidpräventionsprogramme so viele Menschen wie möglich in ihre suizidpräventive Arbeit miteinzubeziehen, um Personen für dieses Thema zu sensibilisieren (vgl. Wedler 2017, S. 130; Zima 2012, S. 407). Für die einzelnen Zielgruppen braucht es angepasste Methoden, um diese zu erreichen. So sollte der Gebrauch von sozialen Medien intensiviert werden, um insbesondere den Zugang zu jungen Menschen zu verbessern.

Hinsichtlich der Mediennutzung sollte auch ein besonderes Augenmerk auf die korrekte Berichterstattung gelegt werden. Eine Studie von Etzersdorfer und Sonneck (1998) zeigt, dass ein vorsichtigerer Umgang hinsichtlich der Berichterstattung die Suizidrate verringern kann:

„The results show that following a media campaign in Vienna, which was launched after an increase of suicides and attempts, the subway suicides and attempts decreased and remained on a rather low level since. The preceding increase was not correlated to an extension of the transport system, nor is the drop correlated to a similar decrease in the overall number of suicides. Thus the most probable explanation is that the changed reports led to the drop of subway suicides and attempts” (Etzersdorfer/Sonneck 1998, S. 71).

Nach der Netflix-Serie ‚13 Reasons Why‘, die bereits in Kapitel 1.4.6. näher beschrieben wurde, wurden Richtlinien für die mediale Berichterstattung veröffentlicht. In diesen wird appelliert, die Komplexität von Suizid klar darzulegen, anstatt sich auf ein bestimmtes Ereignis zu konzentrieren. Weiters sollen Adressen oder Kontaktdaten von Hilfseinrichtungen Teil des Berichts sein (vgl. Copeland 2019, S. 2). Eine genauere Beschreibung der Arbeitsweise dieser Einrichtung wirkt angstlösend, auch das Nennen von Menschen, die ihre suizidale Krise überwinden konnten, wirkt suizidpräventiv (vgl. BMG 2011, S. 29). Können Suizide durch präventive Berichterstattungen vermindert werden, wird dies als Papageno-Effekt bezeichnet (vgl. Scherr/Steinleitner 2015, S. 557). Folgende Punkte sollten vermieden werden, da sie den Imitationseffekt erhöhen:

- Reißerische Schlagzeilen, da sie die Aufmerksamkeit erhöhen,
- detaillierte Beschreibungen der Person, der gewählten Methode o.Ä.,
- Bilder oder Graphiken, die die Person oder genauere Details zeigen,
- Erklärungen oder vereinfachte Gründe für den Suizid,
- etc. (vgl. BMG 2011, S. 29).

Reduzierung von Möglichkeiten

Neben entsprechenden Angeboten erweist sich eine Reduzierung von Zugängen zu Möglichkeiten als sinnvoll. Bereits in Kapitel 1.4.5. (Verfügbarkeit der Mittel) wurde der Zusammenhang zwischen der Zugänglichkeit von Suizidmitteln und der gewählten Suizidmethode beschrieben (vgl. Rossmann/Reicher 2008, S. 282). So könnten Suizide durch Stürzen in die Tiefe gehemmt werden, indem bei sogenannten Hotspots, wie bekannten

Brücken, Hochhäusern o.Ä. Barrieren und Schilder mit Notfallkontakten und -nummern installiert werden.

Weiters sollte der Zugang zu Medikamenten oder Giften bzw. Giftgasen erschwert werden. Dies kann einerseits gelingen, indem weniger giftige Substanzen verschrieben werden und Nachkontrollen verstärkt durchgeführt werden, andererseits durch die Reduzierung von Packungsgrößen (vgl. BMG 2011, S. 51).

Weiters erweisen sich suizidpräventive Strategien hinsichtlich des Waffengebrauchs und -besitzes als erfolgreich. Psychiatrische und psychologische Tests müssen vor dem Waffenerwerb positiv abgeschlossen und in gewissen Zeitabständen wiederholt werden (vgl. ebd., S. 50). Auch im Verkehr können präventive Maßnahmen getroffen werden. Um Suizide durch Kohlenmonoxid-Vergiftung zu verhindern, wird Kohlenmonoxid bei der Zusammensetzung der ausgestoßenen Gase reduziert. Außerdem wird durch abgeflachte Schlitze bei Auspuffrohren die Schwierigkeit erhöht, einen Schlauch anzuschließen (vgl. ebd., S. 50).

Die Verhinderung durch einschränkende Maßnahmen hinsichtlich des Suizids durch Erhängen, die am häufigsten gewählte Suizidmethode bei Jugendlichen, ist jedoch kaum möglich (vgl. Zima 2012, S. 407).

Investition in Bildungsangebote

Ein besonders entscheidender Punkt ist die Investition in Fort- und Weiterbildungen. Besonders Berufsgruppen im Sozial- und Pflegebereich, aber auch Lehrpersonal, Polizisten und Polizistinnen und Rettungskräfte sollten regelmäßig Weiterbildungen besuchen (vgl. Zima 2012, S. 407).

Die grundlegende Bildung sollte aber schon im Schulbereich beginnen und auf schulexterne Bereiche, wie beispielsweise die der offenen Jugendarbeit, ausgeweitet werden. Kinder und Jugendliche sollten lernen, Konflikte und Krisen wahrzunehmen und einzuordnen. Im weiteren Verlauf sollte ihnen ein konstruktiver Umgang mit Krisensituationen, psychischen Erkrankungen und Suizidproblematiken vermittelt werden. Weiters wäre es wünschenswert, sie für Warnsignale und Anzeichen zu sensibilisieren. Grundsätzlich wäre ein Ausbau von Beratungs- und Gesundheitsangeboten notwendig (vgl. Sonneck et al. 2016, S. 302). Da auch viele Vorurteile hinsichtlich Suizidprävention bestehen, sollten diese im Rahmen der Bildungsangebote abgebaut werden. Im folgenden Unterkapitel werden diese genauer erläutert.

Abbau von Vorurteilen

Nicht nur Jugendliche, sondern auch Erwachsene haben zahlreiche Vorurteile gegenüber dem Thema Suizidalität. Um die Gesellschaft zu sensibilisieren, ist zu Beginn eine Basis an Information notwendig. Dabei sollte besonderes Augenmerk auf den Abbau von Vorurteilen gelegt werden. Entscheidend dabei ist, solche Äußerungen nicht zu ignorieren, sondern aufzugreifen und richtigzustellen. Besonders häufig sind folgende, falsche Annahmen:

- „Wer von Selbsttötung spricht, macht das doch nicht wirklich ...“ (SUPRO – Werkstatt für Suchtprophylaxe, S. 11)

Durch diese Aussage wird das Risiko der Trennung in ‚aktive‘ und ‚passive‘ Suizidgedanken deutlich. Die Einordnung in diese Kategorien sollte nicht das primäre Ziel darstellen, sondern die Wahrnehmung, das Ansprechen und das Einleiten weiterer Schritte.

90 % der suizidgefährdeten Personen kommunizieren ihre Suizidgedanken, durch verbale oder nonverbale Signale (vgl. Bründel 2019, S. 12). Es braucht eine verstärkte Wahrnehmung für diese Anzeichen.

- „Wer Suizidgedanken hat, ist verrückt ...“ (SUPRO – Werkstatt für Suchtprophylaxe, S. 11).

Fast alle Menschen beschäftigen sich im Laufe ihres Lebens mit Suizid, besonders Jugendliche. Die Beschäftigung mit dem eigenen Tod, aber auch mit der Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens ist Teil der Entwicklung. Daher ist es von größter Wichtigkeit, dieses Tabu aufzubrechen, sodass das Sprechen über Suizid nicht mehr problembehaftet ist (vgl. ebd., S. 11). Dies wäre auch eine suizidprophylaktische Maßnahme, da sich suizidgefährdete Personen mit größerer Wahrscheinlichkeit Hilfe holen würden.

- „Wenn ich jemanden darauf anspreche, wecke ich womöglich schlafende Hunde oder bringe den anderen möglicherweise erst auf die Idee, sich umzubringen ...“ (ebd., S. 12).

Dieses Vorurteil ist besonders häufig und hält sich sehr hartnäckig. Suizidgefährdete Menschen auf ihre Gedanken anzusprechen, ist besonders wichtig und gilt als suizidpräventive Maßnahme, da Personen die Gelegenheit erhalten, über ihre Gedanken und Gefühle zu sprechen. Somit besteht durch die Thematisierung in

der Schule auch keine Gefahr (vgl. ebd., S. 12). Außerdem wird der betroffenen Person dadurch vermittelt, dass ihr Dasein als wichtig empfunden wird und Interesse an ihr besteht. Wichtig dabei ist, immer Anlaufstellen und Hilfsmaßnahmen zu nennen und zu beschreiben.

- „Wer sich umbringen will, ist nicht aufzuhalten ...“ (SUPRO - Werkstatt für Suchtprophylaxe, S. 13).

Suizidgefährdete Menschen sehen meist nur den einen Ausweg, andere Lösungen sind für sie kaum sichtbar, da sie keine Kraft mehr haben, nach welchen aktiv zu suchen. Daher braucht es außenstehende Personen, die ihnen diese aufzeigen – Alternativen gibt es immer (vgl. SUPRO – Werkstatt für Suchtprophylaxe, S. 13).

- „Das ist doch kein Grund sich umzubringen ...“ (ebd., S. 13).

Die Wahrnehmung von Situationen ist sehr individuell. Für manche Menschen scheinen Dinge unüberwindbar, die für andere kein Problem darstellen (vgl. ebd., S. 13). Ein wertfreier Zugang ist hierbei entscheidend.

Die oben genannten Maßnahmen wurden von Sonneck et al. (2016) in generelle und spezielle Suizidprävention getrennt. Im folgenden Unterkapitel wird darauf näher eingegangen.

2.4.2. Generelle vs. spezielle Suizidprävention

Sonneck et al. (2016) beschreiben die generelle Prävention, „bei der unterstützende psychologische, pädagogische, medizinische und soziale Maßnahmen gesetzt werden, um die Fähigkeit einer Bevölkerung zu stärken, mit den Schwierigkeiten des Lebens besser fertig zu werden“ (Sonneck et al. 2016, S. 298). Es geht hierbei um einen ressourcenorientierten Aufbau und die Stärkung von Schutzfaktoren.

Die spezielle Suizidprävention hingegen betrifft gefährdete Personen (direkte Suizidprävention) oder Risikogruppen (indirekte Suizidprävention), bei welchen Maßnahmen getroffen werden, um Personen im Umgang mit ihren Krisen und Problemen zu unterstützen (vgl. Sonneck et al. 2016, S. 298). So könnte die generelle Suizidprävention als Maßnahme der Primärprävention, die spezielle als die der Sekundärprävention angesehen werden.

Auf zweiter Ebene (direkte vs. indirekte Suizidprävention) kann hinsichtlich indirekter Prävention sowohl im primären und sekundären als auch im tertiären Präventionsbereich

gearbeitet werden – insbesondere in Bezug auf psychische Erkrankungen (vgl. Sonneck et al. 2016, S. 299). Die folgende Abbildung gibt einen Überblick:

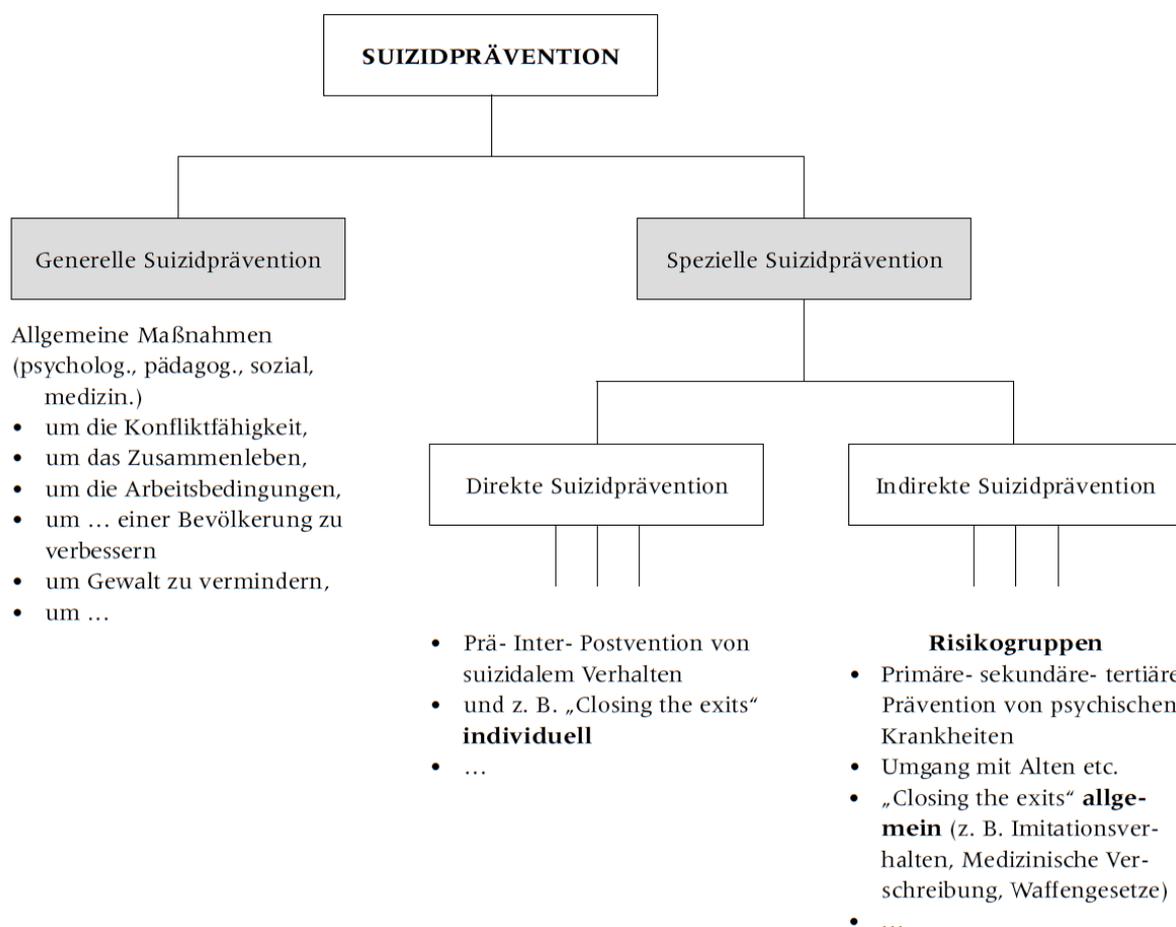


Abbildung 8: Schema der Suizidprävention (Sonneck et al. 2016, S. 299)

2.4.3. Suizidprävention im internationalen Vergleich

Eine Umfrage seitens der IASP (International Association for Suicide Prevention) und WHO aus dem Jahre 2013 liefert Ergebnisse hinsichtlich nationalen Suizidpräventionsstrategien. Fragebögen wurden an 197 Länder geschickt, wobei 90 Länder Antworten zurückschickten (vgl. Stiftung Deutsche Depressionshilfe 2016, S. 51). Zu diesen zählen folgende (gruppiert nach WHO-Regionen):

Region Afrika: 18 Länder

Region Nord-, Mittel- und Südamerika: 17 Länder

Region Östliches Mittelmeer: 11 Länder

Region Europa: 26 Länder

Region Südostasien: 7 Länder

Region Westpazifik: 11 Länder (vgl. ebd., S. 51)

61 % dieser Länder deklarierten Suizide als deutliches Problem, wobei dies zwischen 77 % (Europa) und 29 % (Südostasien) variierte. Nationale Suizidpräventionsstrategien oder Aktionspläne bestehen in 31 % der Länder, in den meisten seit dem Jahre 2000. In der afrikanischen Region und der Region Östliches Mittelmeer gibt es weder nationale Strategien noch Aktionspläne. Jedoch werden gewisse Maßnahmen hinsichtlich Suizidprävention vollzogen. Diese sind nicht selten in einen anderen Bereich, beispielsweise in den der psychischen Gesundheit, eingebunden oder werden von privaten Trägern organisiert (vgl. ebd., S. 51).

Nichtregierungsorganisationen (NRO) konnten in 48 Ländern (53 %) vermerkt werden, wobei diese und nationale Zentren für Suizidprävention und -forschung im europäischen Raum am häufigsten vorzufinden waren (vgl. ebd., S. 52).

In Deutschland wurde „das nationale Suizidpräventionsprogramm (NaSPro) (...) von der DGS (Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention) bereits 1972 gegründet. (...) Mithilfe des Suizidpräventionsprogramms sollen Forschung gefördert sowie Strukturen für die Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention geschaffen werden“ (Zima 2012, S. 10). Einzelne Arbeitsgruppen sind für verschiedene Zielkategorien zuständig. Durch jährliche Treffen werden die Entwicklungen besprochen und dokumentiert. Insgesamt gibt es 19 Ziele, Beispiele wären u.a. einzelne Altersgruppen, wie Kinder und Jugendliche und ältere Personen, aber auch der Arbeitsplatz, Weiterbildungen und Medien stellen eigene Kategorien dar (vgl. BMG 2011, S. 15).

2.4.4. Suizidprävention in Österreich

In Österreich besteht seit dem Jahre 2000 ein nationales Suizidpräventionsprogramm, namens SUPRA (Suizidprävention Austria). In den Bundesländern Wien, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark und Vorarlberg gibt es zahlreiche lokale Projekte (vgl. BMG 2011, S. 16).

„Zentren, die lokale Projekte und Programme umsetzen, sind die Wiener Werkstätte, die Kriseninterventionseinrichtungen in Wien, Salzburg (Paracelsus Universität) und Linz, die Research Division für Mental Health der Universität für Medizinische Informationstechnologie (UMIT) in Hall und das Institut für Suizidprävention in der Steiermark“ (ebd., S. 16).

Auf nationaler Ebene bestehen zwei größere Projekte, welche die mediale Berichterstattung bei Suiziden und ein suizidpräventives Waffengesetz aufgreifen (vgl. ebd., S 16).

2.4.5. Suizidprävention in der Steiermark

Innerhalb der Steiermark gibt es drei Institutionen, die suizidpräventive Arbeit leisten:

WEIL-Weiter im Leben

Im Jahre 1992 wurde die Stiftung WEIL-Weiter im Leben in Form einer Selbsthilfegruppe von Angehörigen, die jemanden durch Suizid verloren hatten, gegründet. Neben persönlichem Austausch standen die Enttabuisierung und Aufklärungsarbeit im Zentrum. Ziel war es auch, ein Projekt zur Suizidprävention zu schaffen. Telefonische und persönliche Beratung bildeten den Anfang, heutzutage werden suizidgefährdete Jugendliche und deren Angehörige online beraten. Neben Vorträgen zu den Themen Suizidalität und Krisenbewältigung in Schulen und anderen Bildungseinrichtungen in Graz findet jedes Jahr die Peer Group Education statt. Außerdem werden Journalisten und Journalistinnen hinsichtlich angemessener Medienberichterstattung bei Suiziden beraten (vgl. WEIL-Weiter im Leben o.J., o.S.).

GO-ON – Kompetenzzentrum für Suizidprävention Steiermark

Im Rahmen von Vorträgen und sonstigen Informationsveranstaltungen von GO-ON werden betroffene Personen, aber auch Angehörige und Interessierte hinsichtlich (suizidalen) Krisen aufgeklärt. Dabei wird neben der Entstehung auch die Bewältigung genauer thematisiert und regionale Anlaufstellen vorgestellt. Um Menschen zu sensibilisieren, werden auch Warnsignale und Risikogruppen aufgezeigt. Das Projekt, das seit 2011 besteht, wird durch das Land Steiermark finanziert. Im Jahre 2020 soll das Angebot auf die gesamte Steiermark ausgeweitet werden (vgl. GO-ON Suizidprävention Steiermark o.J., o.S.).

Verrückt? Na und!

„Verrückt? Na und!“ ist ein Projekt, das den Fokus auf Schulworkshops zum Thema Krisen legt. Die Workshops werden von einem fachlichen Experten oder einer fachlichen Expertin und einer betroffenen Person, die selbst Krisen gemeistert hat, gehalten. So wird einerseits die professionelle als auch die persönliche Sichtweise den Schülern und Schülerinnen nähergebracht (vgl. Plattform Psyche Steiermark 2020, o.S.).

Institut für Suizidprävention Graz

Das Institut für Suizidprävention Graz wurde 2017 in Graz gegründet, wobei sich die Leistungen auf ganz Österreich beziehen. Dabei bestehen sowohl auf regionaler und nationaler als auch internationaler Ebene Kooperationen. Der Fokus des Instituts liegt auf wissenschaftlichen Erkenntnissen, die aufgegriffen werden, um die praktische Umsetzung derer zu fördern. Weiters werden kurz- und längerfristige Fort- und Weiterbildungen angeboten (vgl. Institut für Suizidprävention Graz o.J., o.S.).

2.4.6. Die Rolle der Schule

Warum die Schule eine entscheidende Rolle im Zusammenhang mit Suizidprävention spielt, soll der folgende Absatz verdeutlichen:

„Schools can play a positive role in suicide prevention because they offer consistent, direct contact time with large population of young people (...) Maintaining safe and caring school environments is an essential part of schools' overall mission. All school staff have a role in creating school environments where students feel safe and cared for by adults around them. Promoting positive mental health and suicide prevention efforts are consistent with other efforts and activities aimed at promoting student safety and creating caring environments. Many programs and activities designed to prevent violence, bullying, and substance abuse also reduce suicide risk and promote healthy, caring relationships and resilience” (Health Child Manitoba 2014, S. 3).

Auch Bründel (2004) stellt klar, dass Suizidprävention Aufgabe der Schule ist:

„Schule trägt den vielfältigen Forderungen aus der Öffentlichkeit Rechnung, etwas gegen die Gewaltbereitschaft der Schülerinnen und Schüler zu tun und neben dem kognitiven Lernen auch soziales Lernen zu ermöglichen, nämlich Rücksicht aufeinander zu nehmen, Verständnis füreinander zu entwickeln und fair miteinander umzugehen. Schule erfüllt damit eine präventive Funktion, die in der Stärkung der Verantwortungsübernahme der Schülerinnen und Schüler für ihr Tun, in der Stärkung ihrer Fähigkeiten zur gewaltfreien Auseinandersetzung und in der Stärkung ihrer Problemlösungskompetenzen liegen“ (Bründel 2004, S. 167).

Dies verdeutlicht, dass alle schulbeteiligten Personen die Aufgabe haben, sich an dem Wohlbefinden eines jeden, das das allgemeine Schulklima beeinflusst, zu beteiligen.

Es sind es in den meisten Fällen Lehrpersonen, die als erste mit abweichenden oder ungewöhnlichen Verhaltensweisen konfrontiert werden (vgl. Brown 2018, S. 12). Dies heißt nicht, dass sie diese auch aktiv wahrnehmen. Nach Brown (2018) betonen Lehrer*innen, dass ihnen hinsichtlich Suizidalität die nötige Kompetenz fehlt. Besonders Lehrkräfte mit den Fächern Religion, Ethik und Deutsch, die das Thema des Todes in ihrem Unterricht bearbeiten, berichten nicht selten von suizidalen Äußerungen seitens Schüler*innen (vgl. ebd. S. 12). Auch Sonneck et al. (2016) betonen, dass sich die Persönlichkeit von Schüler*innen besonders in kreativen Gegenständen, in Religion aber auch im Sportunterricht zeigt (vgl. Sonneck et al. 2016, S. 134).

Aber auch Schulsozialarbeiter*innen fühlen sich laut Brown (2018) nicht kompetent genug, wenn es um die Wahrnehmung und Thematisierung suizidaler Krisen bei Schüler*innen geht (vgl. Brown 2018, S. 12). Dabei sind Schulsozialarbeiter*innen wichtige Ansprechpartner für Schüler*innen und können das Risiko für einen Suizidversuch sogar senken, wie eine Studie des Zentrums für Suizidprävention aus Kanada zeigt: „A willingness to listen, and encouraging a youth to speak about their feelings can reduce the risk. Having a trusted adult at school was associated with a lower risk of suicide attempts“ (Centre for suicide prevention 2014, o. S.).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Schule einen klaren Auftrag hat, sich alle Beteiligten aber zu wenig kompetent fühlen.

Die Studie von Hobacher (2011) zeigt, dass „Suizidprävention keinen expliziten Stellenwert in den steirischen Schulen hat. Die Ergebnisse sprechen für die Überlegung, dass Suizidprävention als eigene Maßnahme an steirischen Schulen nicht notwendig ist, nachdem es genügend andere allgemeine Präventionsangebote gibt“ (Hobacher 2011, S. 103). Zima (2011) kritisiert diese bestehenden Präventionsprogramme in Österreich, da viele davon nicht evaluiert sind und selten schlüssig eingesetzt werden (vgl. Zima 2011, S. 10f.). Diese sollten jedenfalls sollten als zusätzliche Unterstützung herangezogen werden, die grundlegende Verantwortung liegt jedoch bei den Schulen. Sie sollten sich dieser bewusstwerden und diese auch übernehmen.

Inwieweit Suizidprävention an Schulen in Deutschland durchgeführt wird, wird im Folgenden näher beschrieben.

Suizidprävention an Schulen in Deutschland

In Deutschland wurde 2014 das Projekt „Schulen Stark machen gegen Suizidalität und Selbstverletzendes Verhalten (4S)“ gegründet, da kein einziges Weiterbildungsprogramm zum Thema Suizidalität für schulinternes Personal existierte (Brown 2018, S. 13). Das Programm ist in vier einzelne Module aufgeteilt. Einerseits werden auf der Homepage kostenfreie Informationen bereitgestellt, zweitens wurde eine eigene Telefonhotline eingerichtet. Diese richtet sich an Personen, die an Schulen arbeiten und mit dem Thema Suizidalität konfrontiert sind. Die dritte Kategorie bilden zweitägige, ebenfalls kostenfreie, Workshops für Lehrkräfte, Schulsozialarbeiter und Schulsozialarbeiterinnen, aber auch Schulpsychologen und Schulpsychologinnen. Diese werden einmal pro Monat angeboten (vgl. ebd., S. 13). In diesen Workshops wird einerseits theoretischer Input zum Thema Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten gegeben, aber auch Strategien zur Stressbewältigung erklärt, die Schülern und Schülerinnen vermittelt werden können. Das sogenannte Schulprotokoll stellt die vierte und letzte Säule dieses Projektes dar. Hierbei wird ein individueller Ablaufplan für eine Schule erstellt, sollte es suizidgefährdete Schüler oder Schülerinnen geben. An diesem Plan ist das gesamte Schulpersonal beteiligt, am Schluss wird es verschriftlicht (vgl. Brown 2018, S. 13.).

Evaluierungen dieses Projekts zeigen, dass diese Workshops besonders von Schulsozialarbeitern und Schulsozialarbeiterinnen in Anspruch genommen werden. Die Inhalte wurden als sehr hilfreich bewertet, auch die Motivation, die erlernten Inhalte weiterzuvermitteln war von den meisten befragten Personen groß. Tatsächlich wurde dies nur selten in die Tat umgesetzt. „Insbesondere wurde hier bemängelt, dass es von Seiten der Schulleitung zu wenig Unterstützung gebe und dass es an Zeit zur Umsetzung der Inhalte im Alltag fehlte“ (Brown 2018, S. 14). Auch das Schulprotokoll wurde sehr selten verfasst (vgl. ebd., S. 14).

Ein weiteres Präventionsprogramm, das in Deutschland entwickelt wurde, ist das sogenannte NETWASS-Programm (NETworks Against School Shootings). Hierbei geht es zwar um schwere Schulgewalt, interessant ist allerdings das Verfahren, das sich in folgende vier Schritte aufteilt:

1. „Hinsehen“
2. „Überblicken“
3. „Beraten“

4. „Begleiten“ (Scheithauer/Leuschner/NETWASS Research Group 2015, S. 88f.). Diese vier Schritte könnten auch bei Suizidpräventionsprogramme angewandt werden. „Das NETWASS-Programm arbeitet mit einem breiten Krisenbegriff, welcher der fehlenden Spezifität und Vorhersagbarkeit jugendlicher Krisen gerecht wird und nach Bedarf andere, nicht gewaltbezogene Problemlagen einbezieht“ (ebd., S. 90).

Im ersten Schritt geht es um das Wahrnehmen von Warnsignalen oder ersten Hinweisen. Hierbei sind alle schulinternen Personen involviert, so kann beispielsweise auch das Schulpersonal Anzeichen erkennen. Dabei muss die jeweilige Situation berücksichtigt werden. Ist das Verhalten der Situation nicht entsprechend, muss dieses stärker infrage gestellt werden und an eine zuständige Person weitergegeben werden. Die Grundlage dieser Präventionsstrategie bildet somit Aufmerksamkeit und Sensibilität gegenüber Kindern und Jugendlichen (vgl. Scheithauer et al. 2015, S. 91). Sonneck et al. (2016) betonen, dass im Rahmen der Lehramtsausbildung Studierende hinsichtlich sensibler Wahrnehmung geschult werden sollten. Besonderes Augenmerk soll auf das Kennen von Gruppendynamiken, Soziogrammen, aber auch auf allgemeines Wissen hinsichtlich Gruppenbildung gelegt werden (vgl. Sonneck et al. 2016, S. 134).

Im zweiten Schritt werden genauere Informationen gesammelt und die Gesamtsituation des Schülers oder der Schülerin erfasst. Dies inkludiert den physischen und psychischen Gesundheitszustand, den Familienhintergrund, die Situation in der Schule, auch im Zusammenhang mit Freund*innen und Peers, aber auch die Freizeitgestaltung. Dieser Schritt wird im besten Fall von den Schulsozialarbeiter*innen übernommen (vgl. Scheithauer et al. 2015, S. 93). Sollte der Verdacht auf eine Krise bestehen, wird der dritte Schritt („Beraten“) eingeleitet. Hierbei wird innerhalb eines Teams der Fall genauer besprochen und bewertet, im Anschluss daran werden entsprechende Maßnahmen getroffen. Der oder die Betroffene werden im letzten Schritt begleitet, am Ende wird der gesamte Prozess evaluiert (vgl. ebd., S. 89).

Dieser Ablauf bietet für alle Personen eine gute Struktur und kann bei jeder Krisensituation angewandt werden. Voraussetzung hierfür ist eine gute und klare Kommunikation von allen schulinternen Personen. Zu kritisieren ist der Ausschluss des oder der Betroffenen. Die Person wird weder im zweiten Schritt („Überblicken“) noch im Beratungsschritt inkludiert, somit kann er oder sie den eigenen Standpunkt nicht darlegen. Hierbei wäre es

notwendig, den partizipativen Charakter zu fördern, um auch eine klare Transparenz zu schaffen. In einer Krisensituation gilt es, mit den Betroffenen zu sprechen, nicht über sie. Bründel (2004) betont, dass es gewisse Voraussetzungen für Suizidpräventionsprogramm braucht. Diese sind u.a. „die gründliche Auseinandersetzung (...) mit diesem Thema, eine gewisse Unterrichtserfahrung, ein Gefühl der Sicherheit im Umgang mit den Schülerinnen und Schülern, eine Atmosphäre des Vertrauens sowie die Bereitschaft der Schülerinnen und Schüler selbst, sich mit dem Thema auseinander zu setzen“ (Bründel 2004, S. 172f.). Außerdem braucht es einen respektvoller und wertschätzender Umgang von beiden Seiten. Auf dieser Basis kann ein Programm aufgebaut werden (vgl. ebd., S. 173). Besonders am NETWASS-Programm wird deutlich, wie entscheidend sensible Wahrnehmung von Indikatoren im Zusammenhang mit Suizidalität ist. Daher wird im weiteren Unterkapitel auf mögliche Warnsignale seitens der Schüler und Schülerinnen eingegangen.

2.4.7. Warnsignale seitens Schüler und Schülerinnen

Suizidgefährdete Menschen möchten meist nicht, dass jemand von ihren Problemen weiß. Einerseits besteht die Gefahr, dass jemand ihre Pläne verhindern könnte, andererseits haben sie Angst, von anderen verurteilt, verachtet oder ausgegrenzt zu werden (vgl. ebd., S. 31). Trotzdem geben sie, bewusst oder unbewusst, Signale, um auf sich aufmerksam zu machen. „Sie wollen sich (...) sehr dringend mitteilen. Doch das soll ohne Konsequenzen für sie bleiben“ (Wedler 2017, S. 31). Diese Mitteilungen erfolgen verbal oder nonverbal. Folgende Aussagen sind häufig und müssen in jedem Fall ernst genommen werden:

- „Ich mag nicht mehr.“ / „Ich habe die Probleme satt.“ / „Ich habe keinen Bock mehr.“ / „Ich will meine Ruhe haben.“ / „Am liebsten wäre ich tot.“ / „Ich will sterben.“ (Bründel 2019, S. 13).
- „Das Leben hat keinen Sinn.“
- „Ich habe keine Kraft / Energie mehr.“
- „Auf mich kommt es sowieso nicht mehr an.“
- „Ich bin müde von allem.“

Nonverbale Signale sind u.a. das Verschenken persönlicher Gegenstände, das Verfassen von Abschiedsbriefen und Veränderungen der Tagesstruktur und des Alltags (vgl. Wedler

2017, S. 31). Weitere Anzeichen sind selbstverletzendes Verhalten, übermäßiger Konsum von Drogen und Alkohol, aber auch verstärkte Beziehungsprobleme (vgl. Kölch/Fegert 2013, S. 201). Auch Briefe, Geschichten oder Zeichnungen und Gemälde, die den Tod zum Thema haben, sind zu beachten (vgl. SUPRO – Werkstatt für Suchtprophylaxe, S. 19). Auch psychosomatische Beschwerden, wie Kopf- oder Bauchschmerzen, Schlafstörungen und Konzentrationsschwierigkeiten gelten als Warnsignale (vgl. ebd., S. 19). Äußerlich sind suizidgefährdete Jugendliche oft ungepflegt, ihre Mimik ist wenig ausdrucksstark, auch ihr Gewicht kann stark schwanken, Essstörungen sind nicht selten (vgl. Meurer 2004, S. 201).

Ein besonders häufiges Alarmsignal ist Rückzug. Jugendliche interessieren sich weder für ihre Hobbys noch für Familienaktivitäten oder ihre Freunde und Freundinnen. Sie sind sehr ruhig und bringen sich bei Gesprächen kaum ein. Neben Leistungsveränderungen in der Schule ist auch das Schulschwänzen keine Seltenheit (vgl. Bründel 2004, S. 112). Gegenteiliges, aggressives Verhalten ist bei suizidgefährdeten Jugendlichen nicht selten und löst wiederum bei anderen Rückzug aus (vgl. Meurer 2004, S. 201).

Das stärkste Warnsignal ist das Weglaufen von zuhause. Dies kann als vermeidende Konfliktlösestrategie gesehen werden oder aber als letztes Alarmzeichen vor einem Suizidversuch (vgl. Bründel 2004, S. 112f.).

Verbessert sich die Stimmung, scheinen Jugendliche wieder glücklich und zufrieden, ist besondere Vorsicht geboten. Dies ist meist dann der Fall, wenn die Suizidhandlung geplant ist – die Betroffenen spüren Erleichterung. Diese Symptomatik darf nicht missinterpretiert werden, besondere Aufmerksamkeit gegenüber den Betroffenen ist nötig (vgl. Bründel 2019, S. 13). Fragen nach der verstärkten Wiederaufnahme von Freundschaften und sonstigen Beziehungen, der allgemeinen Ansprechbarkeit und der Integration, beispielsweise in der Schulklasse, sind Möglichkeiten, um die Situation genauer einzuschätzen (vgl. Meurer 2004, S. 201).

2.4.8. Einschätzung der Suizidalität

Bisher gibt es kein standardisiertes Instrument, welches die Suizidgefährdung einer Person reliabel messen kann. Gewissermaßen ist es fast unmöglich, menschliches Verhalten vorherzusagen. Professionelle können sich somit zu einem großen Teil nur auf ihre Intuition verlassen (vgl. Wedler 2017, S. 131).

Nach Kozel (2015) können jedoch zwei Arten von Suizidalität unterschieden werden, die bei der Einschätzung hilfreich sein können. „Man unterscheidet die so genannte Basissuizidalität (langfristiges Suizidrisiko anhand von Risikofaktoren) von der akuten Suizidgefährdung (durch Äußerungen oder Handlungen erkennbarer Todeswunsch mit Handlungsdruck)“ (Kozel 2015, S. 36). Besteht der Verdacht auf Suizidgefährdung, muss somit in erster Linie die Gesamtsituation der betroffenen Person berücksichtigt werden. Eine erhöhte Basissuizidalität liegt nach Wolfersdorf (2008) vor, wenn folgende Kriterien gegeben sind:

1. „Suizidale Krisen, Suizidversuche in der Vorgeschichte
2. Suizidale Handlungen auch unter Hilfe- und Therapiebedingungen
3. Störung der Impuls- und Aggressionskontrolle
4. Hilflosigkeits- und Hoffnungslosigkeitseinstellung
5. Suizide in der Familie bzw. bei Modellen
6. Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe (psychisch Kranke, Suizidalität in der Vorgeschichte, besonders belastende Lebenssituationen)“ (Wolfersdorf 2008, S. 1331).

Wolfersdorf (2008) differenziert detaillierter als Kozel (2015) und beschreibt die erhöhte Suizidgefahr, die vorliegt, wenn der oder die Betroffene Suizidgedanken konkret ausspricht, Pläne formuliert, auf weitere Fragen jedoch sehr verschlossen reagiert. Erhöhte Aufmerksamkeit muss dabei auch an Personen gerichtet werden, die mit Problemen in ihrem sozialen Umfeld konfrontiert sind (beispielsweise Mobbing) und diese Situation für die Betroffenen als unlösbar und ausweglos erscheint. Länger andauernde Hoffnungslosigkeit ist dabei ein Warnsignal, insbesondere, wenn stimmungsaufhellende Versuche nicht greifen (vgl. ebd., S. 1331). Hierbei ist es von größter Notwendigkeit, engmaschige, kommunikative Angebote zu setzen, das nähere Umfeld aber auch das therapeutisch-medizinische Netzwerk, falls vorhanden, miteinzubeziehen.

Davon abzugrenzen ist die akute Suizidgefahr, die vorliegt, wenn der oder die Betroffene die Absicht hat, sich selbst zu töten. Dabei existiert ein genauer Plan, auch die notwendigen Materialien sind vorhanden. Weiters sind akut suizidgefährdete Personen nur mehr schwer zugänglich und reagieren sehr aggressiv. Die Person empfindet höchsten Handlungsdruck und sieht den Suizid als einzigen Ausweg aus einer Situation, die nicht mehr

erträglich ist. Dabei muss sofort gehandelt werden, in den meisten Fällen ist eine Einweisung in die Psychiatrie notwendig (vgl. Wolfersdorf 2008, S. 1331).

3. SCHULSOZIALARBEIT

3.1. Definition „Schulsozialarbeit“

Eine eindeutig klare Definition des Begriffs der Schulsozialarbeit lässt sich in der Literatur nicht finden. Die Tätigkeit der Schulsozialarbeiter und Schulsozialarbeiterinnen setzt in der Schule an, sie nehmen aber den gesamten Sozialraum der Menschen in den Blick und berücksichtigen die individuellen Lebensumstände von Schüler*innen (vgl. Grandy/Bernold-Schrom/Hofmann/Teutsch/Lehner/Felder-Puig 2015, S. 27). Olk, Bathke und Hartnuß (2000) sehen Schulsozialarbeit als ein Angebot, das „jugendhilfespezifische Ziele, Tätigkeitsformen, Methoden und Herangehensweisen in die Schule ein[bringt], die auch bei einer Erweiterung des beruflichen Auftrages der Lehrerinnen und Lehrer nicht durch die Schule allein realisiert werden können“ (Olk/Bathke/Hartnuß 2000, S. 178). So führt sie zu einer Weiterentwicklung der schulischen Qualität (vgl. ebd., S. 178). Für Just (2016) stellt die Schulsozialarbeit eine unabdingbare Notwendigkeit für alle Schulen dar, denn durch diese wird einerseits das gesamte Schulsystem unterstützt, auf der anderen Seite werden Lehrer*innen, aber auch die öffentliche Jugendhilfe entlastet, wenn Lösungen zum Wohl des Jugendlichen erreicht werden können. So fallen auch weniger Kosten für den Staat an (vgl. Just 2016, S. 29).

Aus persönlicher Sicht sollte Schulsozialarbeit in jeder Schule verankert sein, um Kindern und Jugendlichen eine Anlaufstelle zu bieten, die ihnen auf Augenhöhe begegnet und sie in ihrer Entwicklung unterstützt und begleitet. Insbesondere Jugendliche brauchen während der Pubertät verstärkt Erwachsene außerhalb ihres Familiensettings, die ihnen Orientierung geben und sie individuell in jeder Lebenslage unterstützen.

Meine praktischen Erfahrungen haben gezeigt, dass Schulsozialarbeiter*innen eine freundschaftliche, aber gleichzeitig autoritäre Rolle einnehmen, die von den Schülern und Schülerinnen angenommen und respektiert wird.

3.2. Ziele und Zielgruppen

Sehr allgemein formuliert, ist das Ziel der Schulsozialarbeit, junge Menschen im Prozess des Erwachsenwerdens zu begleiten und unterstützen (vgl. Drilling 2009, S. 98). Dies zeigt auch die Evaluation der Schulsozialarbeit in der Steiermark, wo Schulsozialarbeiter*innen angeben, dass sie in erster Linie eine Ansprechperson für Kinder und Jugendliche darstellen. Weiters helfen sie in Krisen, unabhängig davon, ob diese die Schule, die Familie oder einen anderen Lebensbereich betrifft. Auch das frühzeitige Erkennen von diesen spielt eine entscheidende Rolle. Im weiteren Verlauf sollen Bildungsungleichheiten vermindert und Chancengleichheit gefördert werden (vgl. Auferbauer/Gspurning/Heimgartner/Lederer-Hutsteiner/Mayr 2018, S. 46).

Die Hauptzielgruppe sind Schüler*innen, jedoch richtet sich die Schulsozialarbeit auch an Lehrpersonen, die Schulleitung, an das Familienumfeld und die Kinder- und Jugendhilfe. In jeder (Krisen-)Situation wird mit diesen Systemen eng zusammengearbeitet, um das Wohl des Kindes oder des Jugendlichen zu gewährleisten (vgl. Ganzer 2012, S. 110). Dabei wird nach gewissen Methoden-Prinzipien gearbeitet, die im folgenden Unterkapitel beschrieben werden.

3.3. Methoden und Handlungsprinzipien

In der Schulsozialarbeit werden Methoden der Sozialen Arbeit angewandt. „Dazu zählen Beratung bzw. Einzelfallhilfe, Präventionsarbeit, (Krisen-)Intervention, soziale Gruppenarbeit/Workshops/Projektarbeit, sozialraumorientierte Arbeit inkl. Vernetzungsarbeit nach einem gender- und diversitätssensiblen Ansatz“ (OGSA 2018, S. 2).

Die Angebote sollten niederschwellig und kontinuierlich sein, außerdem sind sie freiwillig (vgl. ebd., S. 2). Das Prinzip der Freiwilligkeit löst jedoch eine Diskussion aus. Ein Erstkontakt kann von verschiedensten Personen, beispielsweise den Eltern, veranlasst werden. Auch eine Lehrperson kann einen Schüler oder eine Schülerin zu einem Gespräch mit dem Schulsozialarbeiter oder der Schulsozialarbeiterin verpflichten. Ob das Angebot im weiteren Verlauf genutzt wird oder nicht, kann der oder die Betroffene selbst entscheiden. Auch bei Gruppenaktivitäten kann niemand zur Teilnahme gezwungen werden (vgl. Drilling 2009, S. 113). Aus persönlicher, praktischer Erfahrung kann gesagt werden, dass die verschiedensten Angebote der Schulsozialarbeit genutzt werden, auch Beratungs-

gespräche werden von den meisten ohne weitere Hemmung in Anspruch genommen. Auf der anderen Seite gibt es Schüler und Schülerinnen, die sich nach dem Gefühl des Verstanden-Werdens sehnen, sich allerdings nicht überwinden können, aktiv das Gespräch zu suchen. Besonders Jugendliche, die in einer suizidalen Krise stecken, können nicht die Kraft aufbringen, diesen Schritt zu gehen. Hierbei braucht es verstärkte Aufmerksamkeit und ein aktives Aufsuchen seitens der Schulsozialarbeiter*in. Besonders bei suizidalen Jugendlichen kann dies entscheidend sein, da ihnen das Gefühl des Gesehen-Werdens gegeben wird, woraus sie neue Kraft schöpfen können. Von Jugendlichen, die sich in einer Krise befinden, kann also nicht erwartet werden, dass sie freiwillig das Angebot nutzen. Es braucht in dieser Hinsicht ein deutliches Zeichen der Professionellen, um den Betroffenen zu zeigen, dass jemand da ist, der sie wahrnimmt, ihnen zuhört und sie versteht. So kann aus einem anfangs möglicherweise erzwungenen Gespräch ein freiwilliges, unterstützendes Betreuungsverhältnis entstehen.

Dabei unterliegen Schulsozialarbeiter*innen der Schweigepflicht, außer es besteht Mitteilungspflicht, beispielsweise bei klarer Suizidgefährdung (vgl. OGSA 2018, S. 2).

Partizipation und Integration sind weitere entscheidende Prinzipien. Jeder und jede soll die Möglichkeit haben, die entsprechenden Angebote in Anspruch zu nehmen. In der Praxis ist dies nicht immer der Fall – besonders für Kinder oder Jugendliche mit SPF können Gruppenaktivitäten überfordernd sein, sodass sie sich zurückziehen. Dabei müsste das Angebot adaptiert werden. Weiters sind die Ressourcenorientierung und Alltagsnähe zu nennen. Besonders bei außerschulischen Projekten, beispielsweise Ausflügen am Nachmittag, werden regionale Angebote genutzt.

EMPIRISCHER TEIL

4. EMPIRISCHES FORSCHUNGSDESIGN

Das vorliegende Kapitel legt die durchgeführte empirische Untersuchung dar. Zu Beginn werden das konkrete Ziel und die einzelnen Forschungsfragen angeführt. Im Anschluss folgt die Beschreibung der Stichprobe und der genauen Durchführung. Die Erhebungsmethode, ein leitfadengestütztes ExpertInneninterview, wird daraufhin erklärt, auch die gewählte Auswertungsmethode, die Inhaltsanalyse nach Mayring, wird kurz beschrieben. Abschließend werden die für die Auswertung verwendeten Kategorien aufgelistet.

4.1. Ziel der Arbeit und Forschungsfragen

Das Forschungsziel dieser Arbeit besteht darin, herauszufinden, inwieweit suizidale Krisen bei Schüler*innen wahrgenommen werden können und welche Rolle die Schulsozialarbeit dabei spielt.

In erster Linie geht es um Anzeichen und Warnsignale, die auf suizidale Krisen hindeuten können. Die Ergebnisse sollen zeigen, inwieweit Schulsozialarbeiter*innen darüber Bescheid wissen, um zu prüfen, ob es mehr Information braucht, beispielsweise in Form von Fort- und Weiterbildungen. Weiters wird untersucht, wie Schulsozialarbeiter*innen reagieren, wenn sie Anzeichen einer suizidalen Krise wahrnehmen. Ein weiteres Ziel besteht darin, herauszufinden, inwieweit ein Suizid für die befragten Expert*innen einschätzbar ist.

Ein besonderes Augenmerk liegt auch auf den Möglichkeiten und Grenzen der Schulsozialarbeit, wenn es um die Thematisierung von Suizidalität geht. Entscheidend für ihre Möglichkeiten sind Organisationen, die Projekte zur Suizidprävention anbieten. Die vorliegende Studie klärt, inwieweit Schulsozialarbeiter*innen mit diesen zusammenarbeiten. Das Aufgreifen dieses Themas an Schulen ist nicht selbstverständlich, da die Thematisierung von Suizidalität in der Gesellschaft noch immer mit sehr viel Unsicherheit verbunden ist. Dabei wäre dies von großer Bedeutung, denn es gibt Jugendlichen die Chance,

schon früh Möglichkeiten zu Krisenbewältigung zu erfahren, ihre persönlichen Ressourcen zu entdecken und mögliche Anlaufstellen kennenzulernen. Um dies zu fördern, werden auch die Wünsche der Schulsozialarbeiter*innen berücksichtigt, um zu prüfen, welche Angebote bestehende Ängste nehmen könnten, um sie in ihrer Tätigkeit zu stärken und zu sichern.

Zusammenfassend soll die vorliegende Arbeit einen Beitrag zur Suizidprävention in der Steiermark leisten.

Sie beantwortet die Forschungsfragen:

Wie lässt sich eine suizidale Krise bei Schülern und Schülerinnen wahrnehmen und vorhersagen?

Welchen präventiven Beitrag kann die Schulsozialarbeit leisten?

Welche Grenzen lassen sich in diesem Zusammenhang feststellen?

4.2. Stichprobe

Die Population umfasst alle Schulsozialarbeiter*innen, die in der Steiermark exklusive Graz tätig sind. Die ad-hoc-Stichprobe stellt acht Schulsozialarbeiter*innen dar, wobei alle sechs Träger der Steiermark in der Stichprobe repräsentiert sind. Unter den Expert*innen befinden sich zwei vom Träger „Weiz Sozial“, zwei vom „Sozialverein Deutschlandsberg“ und jeweils eine*r von den Trägern „Caritas“, „ISOP“, „SERA Soziale Dienste“ und „SOFA Soziale Dienste“. Somit konnten die Bezirke Bruck-Mürzzuschlag, Deutschlandsberg, Graz-Umgebung, Hartberg-Fürstenfeld, Liezen und Weiz abgedeckt werden (siehe Tabelle 3). Die Teilnehmer*innen waren vorwiegend weiblich.

Träger	Bezirk	Anzahl Interviews
Caritas	Hartberg-Fürstenfeld	1
ISOP	Bruck-Mürzzuschlag	1
SERA Soziale Dienste	Liezen	1
SOFA Soziale Dienste	Graz-Umgebung	1
Sozialverein Deutschlandsberg	Deutschlandsberg	2
Weiz Sozial	Weiz	2

Tabelle 3: Stichprobe

4.3. Durchführung der Studie

Nach Genehmigung des Landes Steiermark zur Durchführung der Studie nahm ich telefonischen Kontakt mit den Leitungen der Träger auf. Im Anschluss daran schickte ich den zuständigen Personen ein E-Mail mit genauen Details zur Studie, dem Interviewleitfaden und meinen Kontaktdaten. Die erstmalige Kontaktaufnahme erfolgte Mitte März, gleichzeitig mit der Verkündung der Ausgangsbeschränkungen aufgrund des Ausbruchs von COVID-19. Durch die Umstellungen war bei einigen Trägern die Kontaktaufnahme mit einigen Schwierigkeiten verbunden, wodurch sich der zeitlich geplante Rahmen der Durchführung etwas weitete.

Die Expert*innen nahmen mit mir entweder telefonisch oder per E-Mail Kontakt auf, um Interviewtermine zu vereinbaren. Vor dem jeweiligen Termin schickte ich den Teilnehmer*innen eine E-Mail mit der Datenschutzerklärung und der Bitte, diese unterschrieben zu retournieren.

Die Interviews wurden im Zeitraum zwischen 26.03.2020 und 30.04.2020 durchgeführt, die durchschnittliche Dauer betrug 60 bis 70 Minuten. Aufgrund der COVID-19-Pandemie und den Ausgangsbeschränkungen führte ich die Interviews per Videotelefonie via Zoom durch. Dies hatte Nachteile, einerseits fehlte die persönliche Atmosphäre, andererseits waren Verbindungsprobleme nicht selten. Ein klarer Vorteil der Durchführung war

die zeitliche Flexibilität. Zwei Interviews konnten so problemlos um eine Stunde verlegt werden. Ich ersparte mir den Anfahrtsweg zu den einzelnen Standorten der Träger, wodurch ich den Zeitraum für die Durchführung der Interviews einschränken konnte.

Zu Beginn des Gesprächs wurden die Teilnehmer*innen über das Thema der Masterarbeit aufgeklärt und darüber informiert, dass ihre Daten vertraulich behandelt und anonymisiert werden. Die Interviews wurden aufgezeichnet.

4.4. Erhebungsmethode

Es gibt verschiedene Interviewformen, beispielsweise das biographische, das problemzentrierte oder das Expert*inneninterview (vgl. Nohl 2006, S. 13). Nach Bortz und Döring (2016) handelt es sich bei einem Interview „um eine asymmetrische Kommunikationssituation mit klarer Rollenverteilung zwischen der Person, die Fragen stellt bzw. Informationen erlangen möchte (Interviewer/in) und der Person, die Antworten gibt (Befragungsperson)“ (Bortz/Döring 2016, S. 357).

Allen Interviewformen ist gemeinsam, dass sie im Gegensatz zur quantitativen, statistisch orientierten Forschung keine Antworten vorgeben, wodurch eine offene Kommunikation ermöglicht wird (vgl. Nohl 2006, S. 13).

Für die vorliegende Studie wählte ich ein leitfadengestütztes Expert*inneninterview. Der Leitfaden, an dem sich die Interviewer*innen orientieren, gibt eine Struktur vor (vgl. ebd., S. 13). Der Leitfaden besteht aus Hauptfragen und vertiefenden Fragen, wobei die festgelegten Fragen der Vergleichbarkeit dienen, die während des Interviews an die Situation angepasst werden (vgl. Bortz/Döring 2016, S. 372).

Beim Expert*innen-Interview werden Fachpersonen befragt, die ihr erworbenes Fachwissen und ihr Handlungswissen aus der Praxis einbringen (vgl. ebd., S. 376). Als Expert*innen definierte ich für diese Studie Schulsozialarbeiter*innen, die an einer Neuen Mittelschule aktiv tätig sind und ein Studium der Sozialpädagogik oder Sozialen Arbeit abgeschlossen haben.

Bei der Erstellung des Interviewleitfadens erstellte ich zu Beginn Hauptkategorien erstellt und formulierte die zugehörigen Haupt- und Detailfragen. Die Kategorien werden für die Auswertung benötigt. Die Auflistung dieser erfolgt im anschließenden Kapitel, der gesamte Interviewleitfaden kann dem Anhang entnommen werden.

4.5. Auswertungsmethode

4.5.1. MAXQDA

Für die Auswertung der Interviews nutzte ich das Programm MAXQDA, um die transkribierten Interviews kategorisieren zu können.

Mittels MAXQDA können qualitative Daten analysiert werden, indem einzelne Textpassagen bestimmten Kategorien, auch Codes genannt, zugeordnet werden können (vgl. Rädiker/Kuckartz 2019, S. 5). Nach dem Import meiner Transkripte begann ich mit der Kategorisierung und Interpretation, diese erfolgte nach der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring. Diese wird im folgenden Unterkapitel näher erläutert.

4.5.2. Strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring

Die grundlegende „qualitative Inhaltsanalyse stellt eine Auswertungsmethode dar, die Texte bearbeitet, welche im Rahmen sozialwissenschaftlicher Forschungsprojekte in der Datenerhebung anfallen“ (Mayring/Fenzl 2014, S. 543). Die Kommunikation ist die Grundlage der qualitativen Inhaltsanalyse, es können aber auch Bilder oder Videos mitberücksichtigt werden. Die Analyse der Daten erfolgt systematisch, wobei gewisse Regeln eingehalten werden müssen. So steht hinter der Analyse ein theoretisches Gerüst und eine Fragestellung, die berücksichtigt werden (vgl. Mayring 2015, S. 12f.).

Bei der strukturierenden Inhaltsanalyse werden vorerst Kategorien gebildet, im Anschluss die einzelnen Textpassagen untersucht und den jeweiligen Kategorien zugeordnet. Ausgewählte Textabschnitte werden als sogenannte Ankerbeispiele herangezogen (vgl. Mayring/Fenzl 2014, S. 548). Während der Analyse können neue Unterkategorien entstehen, die dann ergänzt werden.

Kategorien dienen nicht nur der Auswertung und Vergleichbarkeit, sondern sind auch entscheidend für die Nachvollziehbarkeit (vgl. Mayring 2010, S. 48). Im folgenden Unterkapitel werden die gebildeten Kategorien beschrieben.

4.5.3. Kategoriensystem

In diesem Unterkapitel werden die Kategorien des Interviewleitfadens dargelegt. Die einzelnen Hauptkategorien wurden in Unterkategorien gegliedert, um detailliertere Antworten zu erhalten.

- Wahrnehmung suizidaler Krisen
 - äußere Anzeichen
 - Verhaltensauffälligkeiten
 - verbale Äußerungen
 - Austausch mit Lehrer*innen
 - Frage nach Beziehungsproblemen
 - Alkohol- und Drogenkonsum
 - Verhalten der Schulsozialarbeiter*innen
- Einschätzung der Suizidalität
- Wissen hinsichtlich suizidaler Krisen
 - Schutzfaktoren
 - Risikofaktoren
 - Risikogruppen
- Erfahrungen mit suizidalen Krisen
- Schulsozialarbeit und Suizidprävention
 - Umsetzung
 - Möglichkeiten und Grenzen der Schulsozialarbeit
 - Vernetzung mit suizidpräventiven Organisationen
- Bedenken seitens der Schulsozialarbeiter*innen
- Wünsche seitens der Schulsozialarbeiter*innen
- Fort- und Weiterbildungen
- Ergänzungen zum Abschluss

Die Auswertung der Interviews erfolgte anhand dieser Kategorien, wobei einige weitere induktiv erschlossen wurden. Die Ergebnisse werden im folgenden Kapitel dargelegt.

5. ERGEBNISSE

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der durchgeführten Interviews dargestellt, wobei die folgenden Unterkapitel die einzelnen Kategorien repräsentieren. Einzelne Textpassagen wurden zitiert, um die Resultate mit Beispielen zu verdeutlichen. Um eine detailliertere Aufschlüsselung der Ergebnisse zu erzielen, wurden bei der Analyse der Transkripte die jeweiligen Unterkategorien wiederum unterteilt. Die Analyse unterteilt die jeweiligen Unterkategorien ein weiteres Mal, damit eine detailliertere Aufschlüsselung der Ergebnisse erzielt wird.

Die befragten Schulsozialarbeiter*innen sind durch die Abkürzung IP1, IP2, IP3, IP4, IP5, IP6, IP7, IP8 und IP9 anonymisiert.

5.1. Wahrnehmung suizidaler Krisen

Die Schulsozialarbeiter*innen wurden vorerst allgemein hinsichtlich ihrer Wahrnehmung von (suizidalen) Krisen befragt, bevor auf die einzelnen Anzeichen präziser eingegangen wurde. Die deduktiv und induktiv gewonnenen Kategorien gliedern sich folgendermaßen:

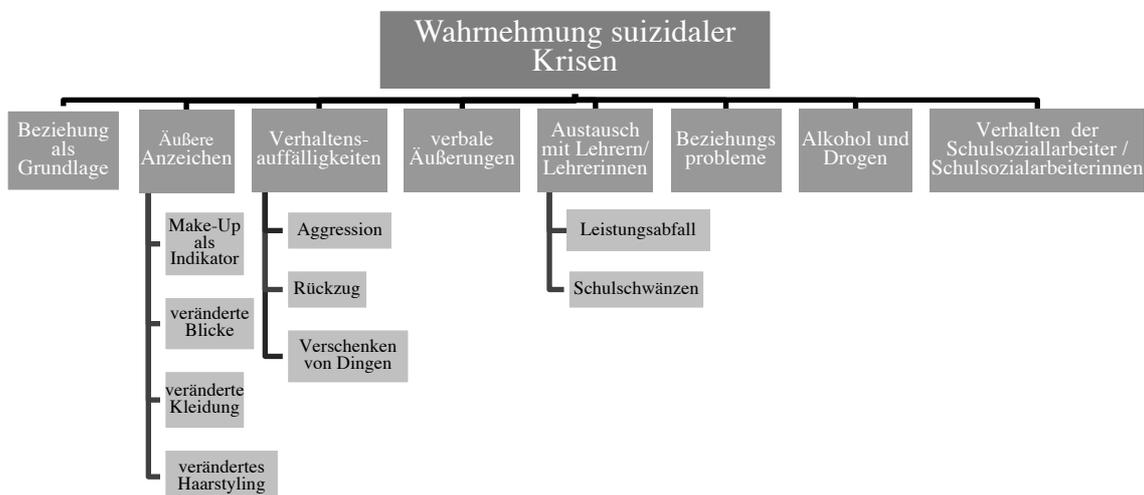


Abbildung 9: Wahrnehmung suizidaler Krisen - Kategorien

Bevor diese differenziert analysiert werden, soll im Folgenden beantwortet werden, woran Schulsozialarbeiter*innen ganz allgemein erkennen, ob es einer Schülerin* oder einem Schüler* schlecht geht.

5.1.1. Beziehung als Grundlage

Grundsätzlich waren sich alle befragten Personen einig, dass es um die Wahrnehmung einer Veränderung geht. Dies wird erleichtert, wenn die Schülerin* oder der Schüler* den Schulsozialarbeiter*innen bekannt ist. Wichtig dabei ist die ständige Präsenz derer, sowohl in den einzelnen Klassen als auch in den Pausen. In jedem Fall gilt die Beziehung als Grundlage.

„Voraussetzung (...) ist sicher einmal, dass man seine Schülerinnen und Schüler relativ gut kennt. Also, es muss eine Beziehungsarbeit vorher passiert sein, man muss immer präsent gewesen sein, in der Schule, das heißt man braucht sicher immer viel Zeit, um dann Veränderungen wahrnehmen zu können“ (IP4:6).

Einerseits werden Krisen von Schulsozialarbeiter*innen bei betroffenen Schüler*innen direkt wahrgenommen, andererseits kommen Freund*innen oder Mitschüler*innen und äußern ihre Sorgen. Diese sind nicht selten verunsichert, ob und wie sie ihre Freundin* oder ihren Freund* ansprechen sollen. Sie haben die Befürchtung, die Situation zu verschlimmern, wie folgendes Zitat veranschaulicht:

„Ganz viel geht einfach über die Peergroup. (...) Ich habe schon einen Fall gehabt, da sind die Freunde auf mich zugekommen und haben Sorgen geäußert, wo auch die Sorge war, dass sie es schlimmer machen könnten, wenn sie es ansprechen. Wenn die Kids das merken, dann ist in irgendeiner Art und Weise was da“ (IP5:10).

Die Schule stellt in dieser Hinsicht ein großes Netzwerk dar, bestehend aus Schüler*innen, Lehrpersonen, Personal und Schulsozialarbeiter*innen. Letztere erhalten Informationen von unterschiedlichen Personen, in jedem Fall fragen die Schulsozialarbeiter*innen konkret nach, um wen es sich handelt. Inwieweit der Austausch mit Lehrpersonen stattfindet, wird im weiteren Verlauf noch genauer analysiert.

Der folgende Unterpunkt soll klären, welche äußeren Anzeichen von den Schulsozialarbeiter*innen wahrgenommen und im Zusammenhang mit dem Erkennen einer Krise als relevant empfunden werden.

5.1.2. Äußere Anzeichen

Ganz allgemein wurde neben dem Gesamteindruck, der eine Rolle spielt, auch Gewichtsabnahme, Augenringe und Nieder- und Abgeschlagenheit genannt. Auch die veränderte Körperpflege kann ein Anzeichen sein.

„Es kann auch sein, dass die Pflege ein Anzeichen ist, wie lege ich Wert auf die Körperpflege, (...) das kann auch ein Thema sein, wo man merkt, dass es jemanden nicht so gut geht“ (IP7:10).

Make-Up als Indikator

„Man merkt das aber auch zum Teil, dass Burschen auf einmal die Pickel lassen und nicht irgendwie abdecken, das merkt man bei den Mädels zum Teil auch (...), wenn sie sich nicht mehr schminken oder wenn sie sich ganz übertrieben schminken, so quasi als Maske drauf“ (IP5:8).

Weitere Kategorien, die sich durch die Auswertung der Interviews ergaben, lauten folgendermaßen:



Abbildung 10: Wahrnehmung suizidaler Krisen - äußere Anzeichen

veränderte Blicke

Sowohl die Mimik als auch die Gestik wird als Anzeichen wahrgenommen, wenn diese eher ungewöhnlich ist. Betont wurde der Blickkontakt, der sich verändert: Einerseits schauen betroffene Schüler*innen verstärkt ins Leere und wirken abwesend, können bei Gesprächen den Blickkontakt nicht halten, auf der anderen Seite suchen ihn manche besonders stark. Auch hier wurde die Veränderung betont, wie folgendes Zitat zeigt:

„Wenn sie irgendwie den Blickkontakt nicht mehr so halten, wie sie es sonst tun, das sind so die Kennzeichen“ (IP5:10).

gebückte Körperhaltung

Auch die veränderte Körperhaltung kann zeigen, dass es der Schülerin* oder dem Schüler* nicht gut geht.

„Ja von der Körperhaltung her, vielleicht eher gebückt, Schultern werden hängen gelassen“ (IP4:8).

veränderte Kleidung

Ein veränderter Kleidungsstil spielt eine wichtige Rolle, meistens werden verstärkt dunkle und lange Kleidungsstücke getragen, die erst nach einigen Tagen gewechselt werden. Auf der anderen Seite sind auch übermäßig bunte und schrille Farben ein Signal. Auch hier wird wiederum die Veränderung betont, die meist ins Extreme geht.

„So komisch das klingt, man merkt es an den Klamotten. Dann merkt man es spannen-derweise, weil Menschen entweder total düster werden oder übertrieben in der bunten Farbe drinnen hängen. Also irgendwie aus der Kurve raus, dass man sagt, dass irgendwas anders ist, aber man kann es nicht bewerten und einordnen, aber der hat sich irgendwie verändert“ (IP5:8).

Besonders bei Schüler*innen, die auch bei hohen Temperaturen lange Kleidung tragen, liegt der Verdacht nahe, dass diese etwas verbergen möchten.

„Wenn ein Kind oder ein Jugendlicher immer wieder das Gleiche anhat, oder es ist total heiß und der oder die hat immer einen langen Pulli an, dann wollen sie was verdecken“ (IP8:8).

verändertes Haarstyling

Schulsozialarbeiter*innen werden auch aufmerksam, wenn Schüler*innen plötzlich ihre Haare stark verändern.

„(...) Veränderung von Äußerlichkeiten ganz oft, dass sie (...) die Haare ganz krass ändern, ja was Extremes oft“ (IP3:6).

5.1.3. Verhaltensauffälligkeiten

Grundsätzlich wurde betont, dass das Verhalten sehr ins Extreme geht, unabhängig davon, um welches es sich konkret handelt. Manche Schüler*innen wirken apathisch und scheinen abzudriften, andere richten ihre Emotionen verstärkt nach außen.

Besonders Verhaltensweisen, die ungewöhnlich scheinen oder schwer nachzuvollziehen sind, erhöhen die Aufmerksamkeit der Schulsozialarbeiter*innen.

Die Auswertung ergibt folgende Unterkategorien:

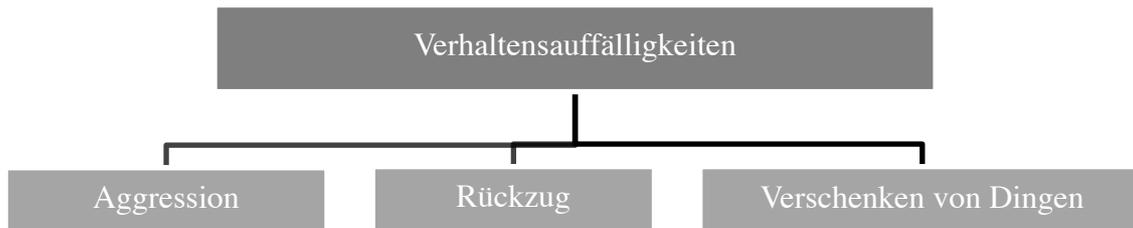


Abbildung 11: Wahrnehmung suizidaler Krisen - Verhaltensauffälligkeiten

Aggression

Aggressives Verhalten wird als klares Signal gesehen, sowohl in verbaler als auch in körperlicher Form. Manche Schüler*innen, die normalerweise als eher ruhig gelten, sind aufbrausend und unfreundlich. Dies äußert sich u.a. in häufigeren Streitigkeiten mit Freund*innen.

„Alles was so in die Extreme geht. (...) Es ist wichtig, da auch hin zu schauen. Aggressivität, verbal, aber auch körperlich, ist ein Thema, auch wenn sie mit den besten Freunden mehr zum Streiten anfangen“ (IP8:10).

Schon beim Eintritt ins Büro kann ein erhöhtes Aggressionslevel beobachtet werden:

„Also ich merk‘ es daran, erstens an ihrem Verhalten, wie sie zu mir kommen, sie sind dann meistens (...) voll genervt oder aggressiv oder stürmen ins Büro“ (IP1:6).

Rückzug

Ganz gegenteilig ist zurückgezogenes Verhalten, das besonders häufig auftritt, wodurch Schüler*innen als schwerer zugänglich empfunden werden. Dies kann sowohl in der Klasse als auch in der Pause beobachtet werden. Nicht selten sitzen Schüler*innen, vor allem in den Pausen, alleine in einem Eck, obwohl sie diese normalerweise mit Freund*innen verbringen.

„Verhaltensveränderungen, sei es, dass die Schüler und Schülerinnen die Pausen dann alleine verbringen, zurückgezogen (...), nicht mehr mit den Freunden und Freundinnen verbringen“ (IP4:6).

Dass diese Verhaltensweise abweichend ist, nennt IP1:

„Da sehe ich das auch, der ist so still, der ist irgendwie anders als sonst, eigentlich ist es immer der, der als erstes ‚hallo da bin ich‘ schreit, der ist dann aber ganz zurückhaltend, macht nicht richtig mit oder verweigert alles, oder sitzt irgendwo allein in der Pause, das ist auch immer sehr auffällig, wenn man das sieht, der sitzt da ganz allein“ (IP1:6).

Auch bei Gesprächen gehen Schüler*innen auf Abstand und weichen aus, als hätten sie die Befürchtung, erwischt zu werden:

„Ich habe eigentlich so diese Art und Weise, dass ich relativ nah dran bin an den Jugendlichen, so Tuchfühlung plus bisschen Sicherheitsabstand, und da merkt man einfach, wenn man zu schnell kommt, dass sie reaktiv wegweichen. So quasi, dass ich ihnen nicht zu nahekomme und sie ertappen kann“ (IP5:8).

Verschenken von Dingen

Auch das Verschenken von geliebten Dingen wurde genannt, das als ungewöhnlich empfunden wird. Als Beispiel wurden Haustiere genannt, die die Schüler*innen weggeben:

„Auch bei Haustieren merkt man es auch. Wenn man das Haustier irgendwohin gibt, obwohl man weiß, dass das Kind eine sehr enge Beziehung zu dem Haustier hat“ (IP7:12).

Hierbei wurde betont, dass ein solches Verhalten besonders schwierig nachvollziehbar ist, weshalb die Aufmerksamkeit verstärkt auf den betroffenen Schüler* oder die betroffene Schülerin* gerichtet wird.

5.1.4. verbale Äußerungen

Ich stellte den Expert*innen die Frage, welche verbalen Äußerungen sie wahrnehmen. Um die Frage zu präzisieren und verständlicher zu machen, wurden zusätzlich Beispiele genannt, diese lauten wie folgt:

- ‚Ich mag nicht mehr.‘
- ‚Ich kann nicht mehr.‘
- ‚Das Leben ist sinnlos.‘ o.Ä.

Diese Aussagen fallen sehr häufig und werden seitens der Schüler*innen auch sehr klar und direkt geäußert. Wie vielfältig die Äußerungen sein können, wird durch folgendes Zitat deutlich:

„Ja, diese drei hören wir sehr oft (...). Dann auch diese Äußerungen ‚es wird mich eh keiner vermissen‘, oder ‚die Mama wäre eh nicht traurig‘ oder eben auch ‚es ist mir alles zu viel‘ oder ‚irgendwie versinke ich in einem schwarzen Loch‘ oder ‚ich weiß nicht mehr weiter‘, ‚irgendwie erscheint alles ausweglos‘, ‚warum bin ich überhaupt noch da‘, ‚was bringt sich das überhaupt““ (IP7:14).

In seltenen Fällen fallen Äußerungen, die im ersten Moment weniger klar scheinen:

„Äußerungen, die ganz subtil sind, dass sie mich fragen, ob ich auch schon mal darüber nachgedacht habe, wie es wäre, wenn ich nicht da wäre. Auch bin ich mal gefragt worden, ob ich das schon mal erlebt habe, dass ich einen Abschiedsbrief selber schreibe, weil man sich einfach Gedanken macht, was wäre, wenn man nicht mehr da wäre, würde man jemanden abgehen“ (IP5:10).

Hierbei wurde im weiteren Verlauf betont, dass es von großer Bedeutung ist, den Schüler* oder die Schülerin* im Kontext zu kennen, da es sich dabei auch um eine philosophische Fragestellung oder eine „*kindliche Neugier*“ (IP5:10) handeln könnte. Dies verdeutlicht wiederum, wie wichtig es ist, die Schüler*innen zu kennen.

Teilweise sind die Äußerungen eher allgemein gehalten, teilweise sind sie konkreter und inkludieren den genauen Suizidplan, wie folgendes Zitat zeigt:

„Also von diesen allgemeinen ‚mich zipft alles an‘, ‚ich will nicht mehr‘, bis zu konkreten Aussagen und auch Beschreibungen, wie sie Selbstmord begehen möchten, also von bis war eigentlich alles schon dabei“ (IP4:20).

Schwierig einzuschätzen ist die Aussage ‚ich mag nicht mehr‘, da diese sehr häufig fällt, laut befragten Personen allerdings nicht immer etwas mit einer suizidalen Krise zu tun haben muss. Dabei kann es sich genauso gut um eine Trotzreaktion handeln oder es können andere Dinge dahinterstecken.

„(...) ‚ich mag nicht mehr‘, das ist total schwierig, (...) vielleicht mag er gerade nicht mehr, weil ihm die Aufgabe zu viel ist oder weil wirklich mehr dahintersteckt und er nicht mehr leben mag“ (IP6:14).

Grundsätzlich gilt es jede Aussage ernst zu nehmen, der betroffenen Schülerin* oder dem betroffenen Schüler* mehr Aufmerksamkeit zu schenken und diese genauer zu beobachten, besonders, wenn die Aussagen konkreter werden:

„Je konkreter ein Schüler wird, desto mehr sollte man aufpassen. Und desto eher sollte man handeln“ (IP6:16).

Da auch die Lehrer*innen eine entscheidende Rolle im Zusammenhang mit der Wahrnehmung von suizidalen Krisen spielen, analysiere ich dies im folgenden Abschnitt genauer.

5.1.5. Austausch mit Lehrern und Lehrerinnen

Lehrpersonen werden von Schulsozialarbeiter*innen als große Ressource angesehen, da sie mehr Zeit mit den Schüler*innen verbringen und dahingehend meist einen genaueren Einblick haben. Somit können sie Veränderungen in manchen Fällen eher bemerken.

Der allgemeine Austausch findet sehr häufig und regelmäßig statt, die Schulsozialarbeiter*innen arbeiten dahingehend sehr aufsuchend, vor allem in Pausen. In den Konferenzräumen wird versucht, mit Lehrpersonen in Kontakt zu treten, um nachzufragen, ob es Probleme o. Ä. in deren Klassen gibt. An manchen Schulen ist die Schulsozialarbeit auch in Konferenzen vertreten. Dort werden Wahrnehmungen besprochen, die die Beteiligten gemeinsam besser einschätzen können.

„Wenn man das selbst schwer einschätzen kann, dann frage ich gerne mal beim Klassenlehrer nach (...). Die können mir dann auch helfen, diese Wahrnehmungen einzuschätzen“ (IP4:8).

Auch Lehrer*innen treten an Schulsozialarbeiter*innen heran, um ihnen ihre Wahrnehmung zu schildern. Dies ist allerdings abhängig von den jeweiligen Lehrpersonen. Dabei spielt nicht nur das Vertrauen, sondern auch die generelle Meinung über Schulsozialarbeit eine Rolle:

„Also die, mit denen man normalerweise redet und mit denen man sich gut versteht, die kommen schon. Die anderen dann eben nicht. Nicht alle Lehrer stehen der Schulsozialarbeit so positiv gegenüber“ (IP2:14).

Seitens der Lehrer*innen wird das fehlende Gleichgewicht hinsichtlich des Informationsaustausches kritisiert.

„Das wird auch oft kritisiert, dass sie mehr Informationen an uns geben als wir an sie weitergeben können“ (IP6:18).

Hierbei muss die Datenschutzgrundlage berücksichtigt werden, eine Schulsozialarbeiterin* betont, nur unter Absprache mit der Schülerin* oder dem Schüler* mit den jeweiligen Lehrpersonen zu sprechen. Diese kommen nicht selten auf die Schulsozialarbeiter*innen zu, um bestimmte Dinge zu erfragen. Da die Gespräche jedoch vertraulich sind, dürfen Informationen nicht ohne Zustimmung weitergegeben werden.

„Da kann man nur sagen, dass der Schüler bei mir gelandet ist, und wir schauen, wie es weitergeht. (...) Überhaupt, wenn man im Anamnese-Prozess drinnen ist (...), dass ich

mir einfach Gedanken mache, dass sie mir trauriger vorkommt, das sagt man nicht zu den Lehrern. Dann hat man irgendwie die eigene Schweigepflicht gebrochen“ (IP5:14).

Da plötzliche Veränderungen bezüglich der Schulleistungen oder das Fernbleiben vom Unterricht im Zusammenhang mit suizidalen Krisen bedeutsam sein können, wurden die Expert*innen befragt, ob im Austausch mit Lehrer*innen auch plötzlicher Leistungsabfall und Schulschwänzen thematisiert werden.

Leistungsabfall

Veränderungen der schulischen Leistungen werden von den Expert*innen als Warnsignal angesehen, auch wenn keine verbalen Äußerungen oder sonstige Auffälligkeiten zu bemerken sind.

„Leistungsabfall kann auch ein Faktor sein, wo man vielleicht gar nicht so von einem Schüler etwas Verbales mitgekriegt hat, aber man kann es [Anm. d. Verf.: die Krise] an Leistungsabfall erkennen“ (IP7:8).

Hinsichtlich der Leistungen haben Lehrpersonen einen besseren Einblick. Lehrkräfte, die an Schulsozialarbeiter*innen herantreten, äußern nicht selten neben der grundsätzlichen Besorgnis um eine Schülerin* oder einem Schüler eine Bemerkung über eine Veränderung der Noten.

„(...) aber es ist zum Beispiel auch bei meiner Schule so, dass ganz viele Lehrer zu mir kommen und sagen, ob ich den Schüler oder die Schülerin holen kann, (...) die letzten Schularbeiten, die Noten sind so schlecht geworden (...)“ (IP1:12).

Schulschwänzen

Genauso wie Leistungsabfall wird auch Schulschwänzen eher von Lehrpersonen bemerkt:

„Schulverweigerung, das bekomme ich mit, aber auch nur, wenn die Lehrer sagen, dass der nicht mehr kommt“ (IP2:10).

Schulsozialarbeiter*innen werden allerdings nicht immer darüber informiert, sondern bekommen es in vielen Fällen nur am Rande mit:

„(...) man hört, beispielsweise im Konferenzzimmer, dass eine gewisse Person schon wieder nicht da ist. Also, da muss man oft schon einiges aufschnappen, und den Zusammenhang kennen“ (IP3:14).

Im Falle von Schulschwänzen ist die Zusammenarbeit mit Lehrer*innen besonders wichtig, auch Eltern oder Erziehungsberechtigte werden miteingebunden. Neben den Eltern sind auch Beziehungen zu anderen Familienmitgliedern, zu Freund*innen und der Peer-Group zu berücksichtigen, vor allem, wenn es um Probleme geht. Inwieweit berücksichtigen die befragten Expert*innen dies und fragen Schüler*innen dahingehend?

5.1.6. Frage nach Beziehungsproblemen

Mehrfach wurde erwähnt, dass die Arbeit der Schulsozialarbeit systemisch erfolgt, das Beziehungsgeflecht nimmt somit eine wichtige Rolle ein. Die Frage nach familiären oder freundschaftlichen Problemen ist fixer Bestandteil des Erstgesprächs und erfolgt meist sehr direkt.

„(...) ich denke mir, entschuldigen ist leichter als um Erlaubnis zu fragen, ich frage einfach. Ich sage dann einfach, dass mir aufgefallen ist, dass der das letzte Mal über seine Freundin gesprochen hat und frage einfach wie es ihr jetzt geht. Oder einfach zu fragen, ob sie sich vielleicht getrennt haben, weil er traurig wirkt“ (IP5:18).

Nicht nur in Beratungsgesprächen, sondern auch in den Pausen, am Schulhof, in den Klassen oder auf den Gängen wird das Thema sehr niederschwellig aufgegriffen. Dabei werden Schüler*innen ganz offen und direkt nach ihren sozialen Kontakten gefragt.

„Wir bieten ja Beratungen an, aber eben auch diese ganz offenen (...) Gespräche, also wo wir in die Klassen gehen, wo wir am Schulhof sind, am Gang unterwegs sind, wo man einfach fragt, wie es dem oder der geht, was sie so am Wochenende gemacht haben, (...) aber auch, (...) wie es in der Familie so ist“ (IP7:18).

Einige Schulsozialarbeiter*innen betonen, dass die Direktheit der Fragestellung stark altersabhängig ist. Je älter die Schülerin* oder der Schüler ist, desto gezielter kann die Frage gestellt werden, bei Jüngeren ist mehr Vorsicht geboten.

Bei der Beantwortung der Fragen sind Schüler*innen sehr offen und ehrlich. Eine gemütliche Atmosphäre, beispielsweise bei einem gemeinsamen Frühstück, schafft einen anderen, lockeren Rahmen. Hier werden besonders Liebes- und Freundschaftsbeziehungen angesprochen.

Das Aufgreifen dieses Themas ist nicht nur wichtig, um Probleme dort zu erkennen, wo die Schulsozialarbeit weniger bis gar nicht präsent sein kann, beispielsweise innerhalb

der Familie, sondern auch, um den eigenen Selbstwert zu stärken. Den Schüler*innen kann dabei verdeutlicht werden, dass das soziale Netzwerk eine wichtige Ressource darstellt, die sie nutzen können.

„Was hilft mir in einer Zeit, wo es mir schlecht geht (...). Vor allem, wenn es um das Thema Selbstwertstärkung geht, was hilft mir, wer unterstützt mich, was baut mich auf“ (IP6:20).

5.1.7. Alkohol- und Drogenkonsum

Besonders junge Menschen in der Pubertät neigen dazu, viele verschiedene Dinge auszuprobieren, unter anderem sind verstärkter Alkoholkonsum, aber auch das Testen von verschiedenen Drogen ein nicht zu vernachlässigendes Thema. Einige der befragten Personen beteuerten, dass dies kein Thema an ihrer Schule sei, wie folgendes Zitat verdeutlicht:

„Das ist bei uns gar kein Thema. In meiner Schule sind 400 Schüler, davon rauchen ungefähr 3. Also da gibt's nichts. Einmal war Marihuana Thema, aber sonst eigentlich nicht wirklich. Sehe das nicht als Thema“ (IP2:18).

Auf der anderen Seite wurde erwähnt, dass dies sehr wohl ein Thema sei, auf das geachtet werden sollte, allerdings nur, wenn es Anzeichen gibt.

„Also, wenn es nicht wirklich Anzeichen gibt, dass der Alkohol konsumiert wird oder irgendwelche anderen Drogen, dann werde ich das nicht direkt ansprechen. Wenn es sich aber aus dem Gespräch ergibt, dann auf alle Fälle. Wenn man Anzeichen merkt, (...) da schaut man dann schon verstärkt drauf“ (IP8:18).

Dabei gilt es in erster Linie, die betroffene Person genauer zu beobachten und abzuwarten. Auch das Sammeln von Informationen wird als wichtig erachtet, bevor die Schülerin* oder der Schüler* konkret danach gefragt wird. Dabei können Kooperationseinrichtungen eine entscheidende Rolle spielen:

„In der vierten Klasse NMS (...) ist es immer wieder Thema und dadurch, dass wir relativ intensiv mit Streetworkern arbeiten, kriegt man mit, ob es in irgendwelchen Cliques illegale Substanzen gibt oder der Zugang einfach da ist“ (IP5:20).

Sollte das Thema angesprochen werden, ist es wichtig, den Jugendlichen ehrlich und auf Augenhöhe zu begegnen. Ein Schulsozialarbeiter* verdeutlicht dies durch folgende Formulierung:

„(...) das Ganze lebt von seiner Authentizität. Ich war selbst Jugendlicher“ (IP5:20).

5.1.8. Verhalten seitens der Schulsozialarbeiter und Schulsozialarbeiterinnen

Wird eine Veränderung, die auf eine suizidale Krise hindeuten könnte, wahrgenommen, wird das aktive Aufsuchen der betroffenen Schülerin* oder des betroffenen Schülers* als wichtig angesehen. Dabei gehen die Schulsozialarbeiter*innen aktiv auf die jeweiligen Personen zu und bieten ihnen das Gespräch an. Wichtig dabei ist die Einschätzung des emotionalen Zustands. In den meisten Fällen ist der Leidensdruck schon sehr groß, die meisten Schüler*innen sind froh, dass sie jemand wahrnimmt und auf sie zukommt, weshalb sie sich relativ schnell öffnen.

Kurze Zeit später findet ein vereinbartes Beratungsgespräch statt, dabei wird ein Raum geboten, in dem alles erlaubt ist, niemand verurteilt und eine sichere Atmosphäre geschaffen wird.

„Einen Raum bieten, dass sie einfach erzählen können und das Gefühl haben, dass sie ernst genommen werden, in dem was sie sagen und so wie sie sind“ (IP7:22).

Bei Kindern oder Jugendlichen, bei denen der Eindruck besteht, dass ein direktes Angebot zu viel sein könnte, ist es wichtig, in der Umgebung präsent zu sein, dies inkludiert das Sprechen mit Klassenkolleg*innen und Freund*innen. In jedem Fall müssen Schulsozialarbeiter*innen die Beobachtungen von möglichen Anzeichen ernst nehmen. Wie bedeutsam dies ist, zeigt folgendes Zitat:

„Wir haben auch schon Fälle gehabt, wo wir ganz wenige Anzeichen gehabt haben, nichts Spezifisches, wo wir einfach nachgefragt haben und das richtig aufgebrochen ist. Das Kind hatte schon seit mehreren Wochen ganz aktiv Suizidgedanken und sich mit Methoden beschäftigt (...) [und] einen Abschiedsbrief geschrieben [hat]. Das sind für uns Erlebnisse und Erfahrungen, die uns zeigen, wie wichtig es ist, einfach nachzufragen und es anzusprechen“ (IP7:22).

Dahingehend ist es auch sinnvoll, das gesamte Schulnetzwerk über die eigene Wahrnehmung zu informieren. In vielen Fällen können Beobachtungen zusammengetragen und gemeinsam besprochen werden.

„Lehrern Bescheid sagen, mit der Nachmittagsbetreuung reden, (...) die Schulassistenten in der Klasse, die sind den ganzen Tag drinnen und die können ganz viel beobachten und helfen (...). Alle, die beobachten können, miteinbeziehen“ (IP3:22).

Im Falle einer Krise sind alle Beteiligten vorbereitet und können zusammenarbeiten. Bei Äußerungen, die sehr eindeutig auf eine suizidale Krise hindeuten, ist ein genaues Nachfragen besonders entscheidend. Dabei geht es darum, Informationen zu sammeln, um die aktuelle Suizidgefährdung einschätzen zu können. Die Wortwahl sollte dabei klar und eindeutig sein, es sollte nichts umschrieben werden, um das Gegenüber nicht zu verunsichern.

„Ja, wenn ein Kind äußert, dass es nicht mehr weiterleben mag, dann frage ich, was das bedeutet für das Kind, nicht mehr weiter leben zu wollen. Ich frage nach, wie häufig diese Gedanken sind, ob es schon konkrete Pläne gibt. (...) Ich versuche schon möglichst viele Informationen zu sammeln. (...) Also viele sprechen das aus Angst, dass sie den Menschen auf Ideen bringen, nicht an, aber das glaube ich nicht, ich glaube, es ist wichtig dieses Wort in den Mund zu nehmen und es konkret anzusprechen und zu fragen, ob er vorhat, sich umzubringen“ (IP6:22).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das Erkennen jeglicher Anzeichen in jedem Fall ernst genommen werden muss und das Ansprechen der eigenen Beobachtungen der betroffenen Person gegenüber von höchster Wichtigkeit ist.

5.2. Einschätzung der Suizidalität

Den Expert*innen wurde die Frage gestellt, inwieweit sie der Meinung sind, die Suizidgefährdung einer Schülerin* oder eines Schülers* einschätzen zu können. Die Antworten waren dabei sehr vielfältig, besonders betont wurde die Wahrnehmung von Anzeichen, die es zu erkennen gilt und als klare Aufgabe dieses Berufsfeldes gesehen wird.

„Ich glaube, dass es Anzeichen gibt und ich glaube, dass es eine Aufgabe der Schulsozialarbeit ist, diese Anzeichen wahrzunehmen“ (IP6:30).

Andere waren der Meinung, dass sich die Suizidgefährdung überhaupt nicht abschätzen lässt, da die Anzeichen von anderen Themen überschattet werden:

„Da ist viel zu viel los, die Jugendlichen haben zu viele Themen, das sieht man nicht. Man kann es auch oft nicht erkennen, also bei meinen bisherigen Fällen war das nicht immer klar zu sehen“ (IP2:24).

Um Warnsignale erkennen zu können, braucht es sehr viel Erfahrung. Weiterbildungen in diesem Bereich können sehr hilfreich sein:

„Ähm, ungefähr kann ich es einschätzen, aber jetzt nicht aufgrund meiner Position als Schulsozialarbeiterin, sondern ich war während meiner Studienzeit selbst in der Suizidprävention, das heißt, ich habe da auch Fortbildungen gemacht (...). Und deshalb kann ich es so ungefähr, ja, einschätzen, wie kritisch ist es, (...) wie stark sind die Suizidgedanken, wie stark ist das Gefühl (...), also ungefähr einschätzen, ja“ (IP1:20).

Besonders langjährige Erfahrung prägt die Einstellung und das Verhalten, eine Schulsozialarbeiterin* meinte, dass sie aufgrund eines Erlebnisses die Suizidgefährdung kaum einschätzen könnte. Auf Nachfrage begründete sie dies damit:

„Weil ich schon Kinder gehabt habe, die gemeint haben, ‚das macht überhaupt keinen Sinn mehr‘, ganz blöde Geschichten von daheim erzählt haben und wir dann alles in Gang gesetzt haben, aber bei denen einfach nix sein wird, zum Beispiel. Das war eine falsch aufgefasste Aussage (...)“ (IP3:26).

Trotzdem sollten in jedem Fall die Aussagen ernst genommen, so schnell wie möglich Unterstützung dazu geholt und das Netzwerk bestehend aus Ärzt*innen, Psycholog*innen und Kliniken sollte genutzt werden. In diesem Zusammenhang betont eine Expertin*, wie wichtig die Unterscheidung zwischen Einschätzung und Abklärung ist. Für die Abklärung braucht es ein ärztliches Fachpersonal, dies ist nicht die Aufgabe der Schulsozialarbeit, wie folgendes Zitat veranschaulicht:

„Ich bin sehr sensibel bezüglich der Möglichkeiten der Schulsozialarbeit, dass die Einschätzbarkeit gleichgesetzt wird mit der Abklärung. Das können wir nicht. Das kann ein Arzt oder ein Psychotherapeut, aber nicht die Schulsozialarbeit. (...) Das komplett einzuschätzen ist nicht unsere Kompetenz, sehr wohl aber Schritte einzuleiten“ (IP7:24)

Um weitere Schritte einleiten zu können, braucht es in erster Linie zumindest eine ungefähre Einschätzung der Lage. Dies erfolgt durch gezielte Fragen, beispielsweise ob es bereits Vorkehrungen gibt, ob sich die betroffene Person mit Suizidmethoden beschäftigt

hat, einen Abschiedsbrief geschrieben hat, o. Ä. Dies erfolgt in den meisten Fällen mit einer zweiten Kollegin* oder einem zweiten Kollegen*.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich zwar eine ungefähre Einschätzung treffen lässt, eine hundertprozentige Gewissheit ist allerdings nie gegeben. Eine Expertin* war der Meinung, dass bei konkreten Suizidplänen der Suizid nicht verhindert werden kann, wie dieses Zitat zeigt:

„Ich glaube, wenn jemand das vorhat, dann macht er das auch. Ich glaube, der geht raus, und wenn dieses Gefühl da ist, dann macht er das sofort“ (IP3:26).

Für eine ausreichende Einschätzung braucht es neben Erfahrung auch Wissen bezüglich Suizidalität und suizidalen Krisen. Bei der folgenden Analyse liegt der Schwerpunkt auf Schutz- und Risikofaktoren, aber auch auf Risikogruppen, um zu prüfen, welche Gruppen besondere Aufmerksamkeit erfordern.

5.3. Wissen hinsichtlich suizidaler Krisen

Zu Beginn wurden die Schulsozialarbeiter*innen zu ihrem allgemeinen Verständnis bzw. ihrer persönlichen Auffassung einer suizidalen Krise befragt. Daraufhin wurde der Schwerpunkt auf Schutzfaktoren, Risikofaktoren und Risikogruppen gelegt, die folgende Grafik gibt einen Überblick:

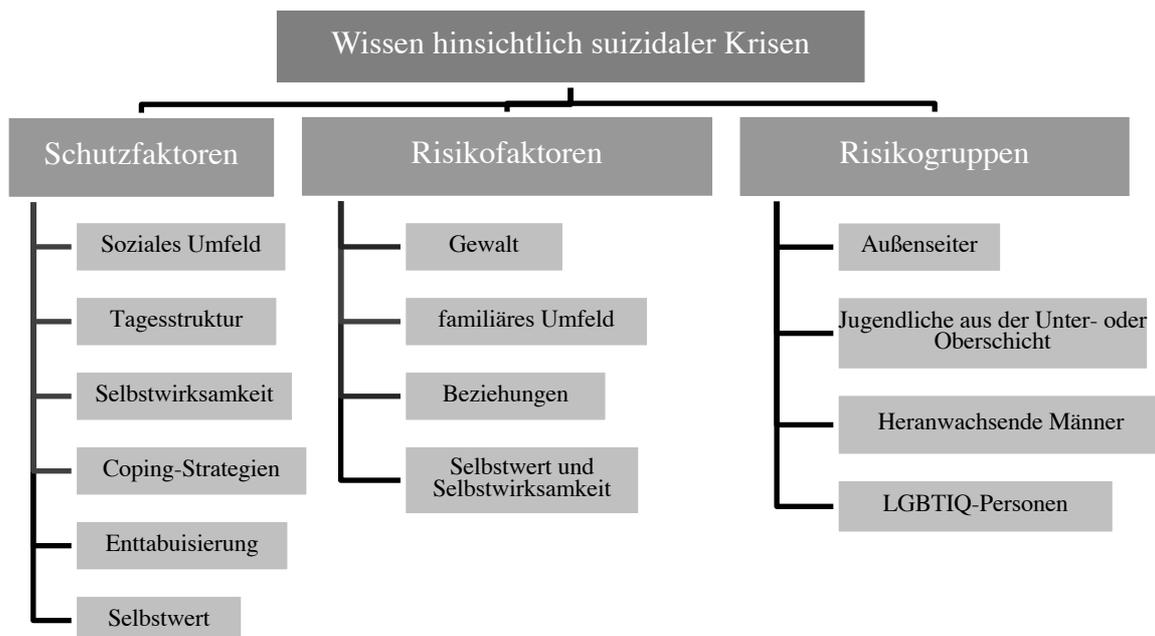


Abbildung 12: Wissen hinsichtlich suizidaler Krisen - Kategorien

Eine suizidale Krise schließt wiederkehrende Suizidgedanken, Pläne und Suizidabsichten ein, ein durchgeführter Suizidversuch wird dabei von den Expert*innen nicht miteingeschlossen.

„Die suizidale Krise ist für mich gleichzusetzen mit Suizidgefährdung. Es gibt noch keinen Suizid, es ist für mich Suizidgefährdung“ (IP8:26).

Besonders betont wurde das Gefühl der Einengung, die betroffene Person sieht den Suizid als einzigen Ausweg an. Das Thema scheint den Menschen nicht mehr loszulassen.

„Es beschäftigt einen sehr stark und es ist diese Einengung da“ (IP7:28).

Betont wurde auch die Wichtigkeit von Schutzfaktoren. Eine Krise entsteht, wenn entsprechende Ressourcen fehlen. Es braucht Unterstützung von außen, um diese bewältigen zu können.

Welche Faktoren als Schutzfaktoren gesehen werden, wird im Folgenden genauer analysiert.

5.3.1. Schutzfaktoren

„Ich denke mir immer, wenn die Schutzfaktoren den Risikofaktoren überwiegen, dann hat das Kind bessere Chancen eine Krise zu bewältigen und darum geht es ja.“ (IP6:38).

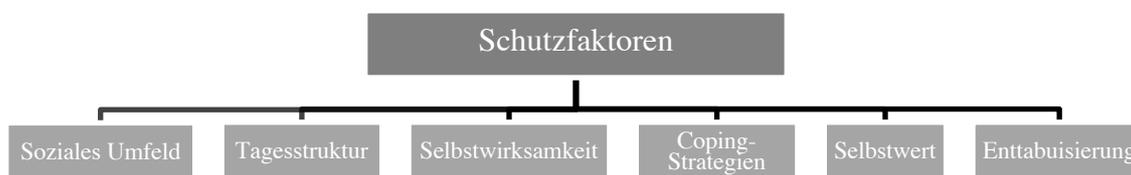


Abbildung 13: Wissen hinsichtlich suizidaler Krisen - Schutzfaktoren

Soziales Umfeld

Das soziale Umfeld spielt im Zusammenhang mit Krisen eine entscheidende Rolle. Besonders Peer-Groups sind im Jugendalter, während der Pubertät, von großer Bedeutung. Die befragten Personen stufen Freund*innen als wichtiger ein als die Familie:

„(...) die Freunde, das ist wirklich Punkt Nummer eins (...), wenn da irgendwas nicht so läuft wie es laufen sollte, dann sind sie wirklich schnell in einer Krise. Also die Freunde sind eigentlich noch wichtiger als die Familie“ (IP1:28).

Trotzdem ist ein sicheres Zuhause bedeutsam, wo man sich nicht verstellen muss, sondern angenommen und geliebt wird. Wenn dies nicht gegeben ist, kann die Schule eine

wichtige Ressource darstellen, die der Person Schutz und einen sicheren Ort bietet. In diesen Fällen braucht es andere Bezugspersonen, dies kann der Schulwart* sein oder gar die Verkäuferin* beim Supermarkt. Junge Menschen brauchen stabile Bezugspersonen in ihrem Umfeld, auf die sie sich verlassen und denen sie sich anvertrauen können. Dabei spielt auch die Klassengemeinschaft eine wichtige Rolle, diese Dynamik muss berücksichtigt werden.

Tagesstruktur

Auch einer geregelte Tagesstruktur sollte Beachtung geschenkt werden, da diese Sicherheit und Halt gibt. Hierzu zählen neben diversen Aufgaben und kurz- und langfristigen Zielen auch Hobbys. Diese fehlen der jungen Generation, wie dieses Zitat verdeutlicht: *„(...) sie haben keine Leidenschaften mehr, keine Aufgaben, keine Strukturen, es gibt auch zuhause irgendwie nichts und das wären aber eigentlich Dinge, die sehr guttun würden“* (IP1:28).

Besonders Menschen in Krisen haben große Schwierigkeiten, den Blick auf Positives zu lenken, dies hat zur Folge, dass sie auch ihre Hobbys, die sie normalerweise ausüben, nicht mehr verfolgen. Dabei wird von den Expert*innen betont, dass diese wieder sichtbar gemacht werden müssen und ihnen soweit möglich bei der Ausübung geholfen werden sollte. Sie sollten ermutigt werden, ihre Stärken und Leidenschaften zu entdecken. Dies führt zum nächsten Punkt:

Selbstwirksamkeit

Die Selbstwirksamkeit wurde als Schutzfaktor genannt. Hierbei geht es darum, die Schüler*innen darin zu stärken, eigene Fähigkeiten zu entwickeln und diese auch gezielt einzusetzen, um ihr Leben aktiv selbst zu gestalten, besonders wenn es um Zukunftspläne geht. Dadurch wird ihnen auch die Sicherheit gegeben, Krisen aus eigener Kraft bewältigen zu können. Dies impliziert auch die Fähigkeit, sich Hilfe von außen zu holen. Selbstwirksamkeit ist eng mit Coping-Strategien verbunden, die im Anschluss näher beschrieben werden.

Coping-Strategien

Coping-Strategien sind Strategien zur Bewältigung von Problemen, Krisen und Stress. Es ist wichtig, Schüler*innen diese zu vermitteln und sie zu ermutigen, ihre eigenen zu

finden. Im Leben eines Menschen wird es immer kleinere und größere Krisen geben, daher ist die Vermittlung von diesen Coping-Strategien in jungen Jahren sehr wichtig. Für jedes Problem gibt es eine Lösung, wie dieses Zitat deutlich macht:

„(...) ein Schutzfaktor ist für mich ganz klar, dass die Kids immer wissen, dass es Lösungen gibt, auch wenn es im Moment so scheint als wären keine da (...)“ (IP5:32).

Besonders in jungen Jahren, wo Jugendliche durch die Pubertät mit vielen verschiedenen Themen und Problemen konfrontiert sind, brauchen sie Erwachsene, die ihnen mögliche Lösungswege aufzeigen.

Selbstwert

Im Zusammenhang mit Coping-Strategien spielt auch der Selbstwert eine entscheidende Rolle. Es geht dabei nicht nur um die eigene Wertschätzung, sondern auch um das Einschätzen der eigenen Stärken und Schwächen. Schüler*innen lernen in Selbstwert-Workshops sich selbst und ihre individuellen Bedürfnisse besser kennen. Ein stabiler und gesunder Selbstwert gibt einer Person einen gewissen Grad an Sicherheit und stellt somit einen klaren Resilienzfaktor dar.

„Das große Thema ist auch Selbstwert, wie wertvoll man sich selbst ist, wie gut kenne ich mich selbst, wo meine Stärken liegen, wo meine Schwächen liegen (...)“ (IP4:36).

Enttabuisierung

Ein besonders entscheidender Punkt, dem mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte, ist der der Enttabuisierung – besonders in ländlichen Regionen. Einer der befragten Personen stellt klar, dass dieses Thema genauso aufgegriffen werden sollte, wie Drogen und Sexualität. Mehr Aufklärungsarbeit ist dringend nötig.

„Es sind Themen, die betreffen uns, so wie man über anderes reden darf, so wie man über Sexualität und Alkoholkonsum reden darf, oder Drogenabusus spricht, darf man ja auch über Selbsttötungen sprechen“ (IP5:32).

5.3.2. Risikofaktoren

Risikofaktoren gilt es zu beachten, da Schüler*innen, die diese aufweisen, besonders gefährdet sind, in eine suizidale Krise zu schlittern. Sie brauchen besondere Aufmerksamkeit.

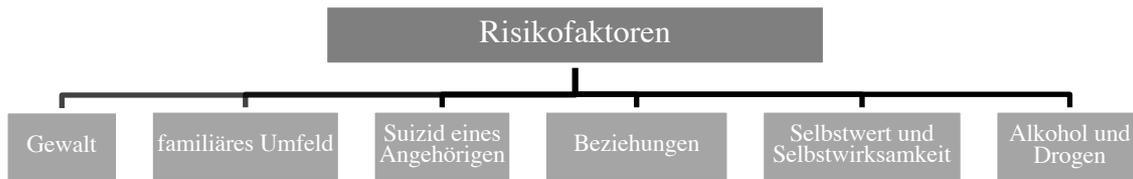


Abbildung 14: Wissen hinsichtlich suizidaler Krisen - Risikofaktoren

Um den Rahmen nicht zu sprengen, wird im Folgenden der analytische Fokus auf die Kategorien ‚Gewalt‘, ‚familiäres Umfeld‘ und ‚Beziehungen‘ gelegt.

Gewalt

Ein besonders großes Thema war Gewalt, physische, psychische als auch verbale Gewalt. Grundsätzlich werden alle traumatischen Erlebnisse als Risikofaktor gesehen. Besonders hervorgehoben wurden sexualisierte und physische Gewalt innerhalb der Familie. Ein weiteres, sehr großes und aktuelles Thema ist verbale Gewalt, in Form von Mobbing seitens der Mitschüler*innen, sowohl in der Schule als auch im Internet, beispielsweise in sozialen Medien.

„(...) negative Erlebnisse, (...) auch traumatische Erlebnisse, Gewalt in der Familie, Missbrauch, Misshandlungen, (...) Mobbing in der Schule, aber auch in den sozialen Medien, (...) was auch ganz stark sein kann“ (IP1:30).

Familiäres Umfeld

Die Familie kann sowohl einen Schutz- als auch einen entscheidenden Risikofaktor darstellen. Neben allen Formen der Gewalt ist Vernachlässigung nicht selten. Zuhause fehlt Stabilität und Sicherheit, Eltern unterstützen und kümmern sich nicht um ihr Kind. Wenn die Schule eine zusätzliche Belastung darstellt, ist die Wahrscheinlichkeit für eine suizidale Krise sehr viel höher.

„(...) wenn es da dann in der Schule schon schwierig ist und zuhause dann noch einmal, dann glaube ich kann das echt sehr belastend sein“ (IP1:30).

Auch Veränderungen innerhalb der Familie, beispielsweise die Geburt eines Geschwisterkindes, oder die Scheidung der Eltern, können eine Krise auslösen. Hierzu zählen auch physische und psychische Krankheiten der Eltern, die die Kinder stark belasten können. Welche extremen Auswirkungen ein Unfall des Vaters haben kann, schildert eine Schulsozialarbeiterin*:

„Beim anderen, (...) der hat so große Angst gehabt, dass seinem Vater etwas passiert, (...) weil der Vater einen Unfall gehabt hat, wo er fast gestorben wäre, und er hat sich das nicht vorstellen können, dass er ohne seinen Vater ist und deshalb wollte er vor ihm gehen, damit er das nicht miterleben muss, dass seinem Vater jemals irgendwas passiert. Also da waren so Suizidgedanken“ (IP2:32).

Suizid eines Angehörigen

Besonders hervorzuheben ist die Auswirkung eines Suizides eines Angehörigen. Dieses Thema wurde besonders betont, da es laut Expert*innen zu wenig Beachtung erhält. Wird dies nicht adäquat aufgegriffen, sehen junge Menschen Suizid als möglichen Lösungsweg oder angemessene Handlungsalternative. Besonders im ländlichen Raum, wo die Anonymität weniger gegeben ist, verbreitet sich eine derartige Nachricht schnell.

„Ich glaube, (...) man denkt immer nur an die Kinder selber, ganz oft ist es aber auch so, dass die Kinder mit Suizid in Berührung kommen ohne, dass sie selbst an Suizid denken, sondern weil der Papa Suizid begangen hat, einfach, dass dadurch Ängste und Sorgen vorhanden sind“ (IP6:38).

Beziehungen

Besonders im Jugendalter nehmen Freundschafts- aber auch Liebesbeziehungen eine wichtige Stellung ein. Liebeskummer, die erste Trennung oder Streitigkeiten innerhalb der Clique können große Krisen auslösen.

Freund*innen haben in diesem Alter einen sehr großen Einfluss aufeinander. Dies muss besonders im Kontext von suizidalen Krisen berücksichtigt werden. An folgendem Zitat wird der Werther-Effekt deutlich:

„Ein trauriges Umfeld, also wirklich Freunde denen es ähnlich geht. (...) Die steigern sich oft ein bissl zusammen rein. Oder, was ich auch gemerkt habe, dass sich die Videos schicken. Also, dass jemand die Ritzer filmt“ (IP3:38)

Auf der anderen Seite ist Einsamkeit besonders problematisch. Ist kein soziales Netzwerk vorhanden, ist dies ein ganz klarer Risikofaktor.

5.3.3. Risikogruppen

Den Expert*innen zufolge ist die Benennung von Risikogruppen eher schwierig. Trotzdem gibt es einige Gruppen, bei denen die Wahrscheinlichkeit für eine suizidale Krise erhöht ist.

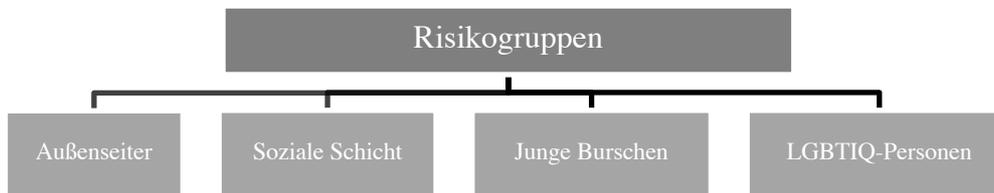


Abbildung 15: Wissen hinsichtlich suizidaler Krisen - Risikogruppen

Außenseiter

Besonders hervorgehoben wurden Außenseiter, denen das Gefühl der Zugehörigkeit fehlt und die damit große Schwierigkeiten haben. In ländlichen Regionen machen die Vereine dies besonders deutlich:

„(...) wir hier sind relativ im ländlichen Raum unterwegs, und bei uns bist du einfach bei der Feuerwehr, oder du bist im Fußballverein, oder du bist beim Roten Kreuz, oder du bist bei der Musikschule und das bindet relativ. Da bleiben trotzdem einige Jugendliche auf der Strecke (...)“ (IP5:36).

Soziale Schicht

Im weiteren Verlauf wurde auch die soziale Schicht erwähnt, die eine große Rolle spielt, insbesondere die beiden Extreme. Kinder und Jugendliche aus ärmeren Verhältnissen sind gefährdet, besonders diejenigen mit Migrationshintergrund, da diese vor besonderen und vergleichsweise ganz anderen Herausforderungen stehen. Aber auch junge Menschen der sozialen Oberschicht sind Teil der Risikogruppe, da sie seitens der Eltern unter extremen Leistungsdruck gesetzt werden, wie dieses Zitat zeigt:

„Die sagen nicht, ‚du bist der Franzi oder der Xaver‘, sondern ‚du bist der Mediziner und Humanpsychologe und die Rechtswissenschaftlerin‘, aber eigentlich haben sie Namen und sind Kinder“ (IP5:36).

Junge Burschen

Weiters wurden die Geschlechtsunterschiede aufgegriffen. 13- bis 14-jährige Burschen wurden aufgrund der erhöhten Risikobereitschaft als gefährdeter eingestuft als Mädchen. Zurückgeführt wird dies auf den meist offeneren Kommunikationsstil bei Mädchen.

„Ich glaube eher, dass so Burschen mit 13 oder 14 Jahren (...) größeres Risiko aufweisen, (...), weil die auch (...) mutiger sind (...) und man weiß ja auch, dass vom Suizid her die Männer eher die schlimmeren oder wilderen Versuche machen als wie die Mädchen oder Frauen“ (IP1:36).

LGBTIQ-Personen

Ein in der Forschung eher neues und sehr aktuelles Thema, wurde ebenfalls angesprochen: die Geschlechtsidentität und sexuelle Orientierung. Kinder und Jugendliche befinden sich in der Pubertät in der persönlichen Selbstfindungsphase und sind konfrontiert mit körperlichen Veränderungen. Jugendliche, die homosexuelle Beziehungen führen, scheinen ein höheres Risiko aufzuweisen, so die Experten und Expertinnen.

„Obwohl, was uns auffällt, (...) wo eben Suizidalität ein Thema war, dann hat es da auch immer wieder das Thema mit Geschlechtsidentität gegeben, auch die Geschlechtsorientierung“ (IP7:34).

5.4. Erfahrungen mit suizidalen Krisen

Dass Erfahrung in diesem Berufsfeld eine bedeutende Stellung einnimmt, wurde bereits erwähnt. Die befragten Schulsozialarbeiter*innen wurden gebeten, ihre bisherigen Erfahrungen mit suizidalen Krisen bei Schüler*innen zu schildern. Das Ziel dieses Abschnitts besteht darin, herauszufinden, nach welchem Plan in einer solchen Situation vorgegangen wird.

In den jeweiligen Schulen der Schulsozialarbeiter*innen hat keiner der Schüler*innen Suizid begangen. Suizidversuche hingegen waren häufig, mehr als die Hälfte der befragten Personen konnte bestätigen, dass Suizidversuche bei Schüler*innen der Fall waren, jedoch erfolgten diese nie in der Schule vor Ort. Eine Expertin* betonte die Schwierigkeit hinsichtlich der Abgrenzung zwischen einem Suizidversuch und selbstverletzendem Verhalten:

„(...) Suizidversuch, (...) ist schwer zu sagen (...), weil es eine Methode war, bei der die Ärzte gemeint haben, dass es eigentlich kein Suizidversuch war, weil er sich damit nicht das Leben nehmen hätte können. Er wäre vorher bewusstlos geworden. (...) Für mich war das eigentlich schon ein Suizidversuch, es war aber (...) ärztlich oder gesundheitlich betrachtet anscheinend keiner, weil er ja vorher bewusstlos geworden wäre, bevor er sich

das Leben nehmen hätte können. Ja, (...) aber ich denke mir, sobald man irgendwie das herausfordert, das Leben zu beenden, ist es für mich schon ein Suizidversuch“ (IP1:40).

Daran wird deutlich, dass es von den involvierten Ärzten und Ärztinnen abhängig ist, ob ein Suizidversuch als solcher gewertet wird oder nicht. In jedem Fall ist dies ein ernstzunehmendes Ereignis, das nicht nur erhöhte Aufmerksamkeit erfordert, sondern auch einen Plan.

5.5. Vorgangsweise bei suizidalen Krisen

Nach welchen Schritten wird bei einem Suizid oder Suizidversuch nun vorgegangen? Grundsätzlich unterscheiden sich die Vorgehensweisen bei einer Suizidankündigung kaum voneinander. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Vernetzung oberste Priorität hat. In erster Linie geht es darum, die Verantwortung zu teilen. Meist wird in erster Linie die Direktion und der Klassenvorstand verständigt, wobei der betroffene Schüler oder die betroffene Schülerin im Sichtbereich der Schulsozialarbeiterin oder des Schulsozialarbeiters bleibt. Weiters werden die Eltern informiert, je nach Anzeichen von Selbstverletzung auch die Schulärztin* oder der Schularzt. In den meisten Fällen wird auch die Kinder- und Jugendhilfe miteinbezogen, diese spielt eine besonders entscheidende Rolle, wenn sich die Eltern wenig kooperativ zeigen. In jedem Fall sind Schulsozialarbeiter*innen meldungspflichtig, sobald eine Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt.

Die Pläne sind weder standardisiert, noch für jede Schulsozialarbeiterin* und jeden Schulsozialarbeiter* bekannt:

„Also, Sie dürfen mich jetzt nicht festnageln, (...) es gibt einen grundsätzlichen Plan (...), glaub ich (...), dass einfach die Schulpsychologie zu verständigen ist, (...) das mach ich auch in den meisten Fällen (...). Und das sind dann die weiteren Schritte, es gibt eh nur die Schulpsychologie und die Kinder- und Jugendhilfe“ (IP2:42).

Auf die Frage, ob der Plan nur für die jeweilige Schule gelten würde, antwortete eine Expertin folgendermaßen:

„(...) Schule ist ja echt so ein kleines eigenes Universum. Also, meine Schule und meine Direktorin macht das gerne selbst“ (IP3:55).

Einige Träger verfassen ihre eigenen Konzepte, beispielsweise nach Fortbildungen oder nach einem missglückten Suizidversuch. Dass dabei auch das außerschulische Universum eine Rolle spielt und eingebunden werden muss, wird durch dieses Zitat deutlich:

„Genau, wir haben dann aufgrund meines Falles an der Schule so einen Hilfeplan erstellt, und ein Konzept geschrieben (...), dass man Vertrauen aufbaut, die Eltern ins Boot holt und ganz klar schaut, dass es außerschulisch ein Unterstützungssystem gibt und nicht nur in der Schule“ (IP1:44).

An Schulen gibt es zwar sogenannte Krisenpläne mit einem eigenen, schulinternen Team, allerdings ist bei der Aufgabenbeschreibung Suizid nicht inkludiert.

„Es gibt an unseren Schulen (...) Krisenpläne, die sind aber vorgesehen für einen Todesfall im Allgemeinen, das heißt, ob jetzt ein Angehöriger oder ein Schüler verstirbt, aber explizit Selbsttötung ist in unserem Fall nicht dabei, was ein Manko ist oder auch nicht“ (IP5:50).

Im weiteren Verlauf betont der Experte*, dass, sollte eine Schülerin* oder ein Schüler* Suizid begehen, Information und Aufarbeitung seitens des Krisenteams an oberster Stelle stehen. Dabei werden auch andere Träger oder Vereine dazu geholt, beispielsweise die Schulpsychologie oder GO-ON. Auch bei einem Suizidversuch ist dies der Fall, dabei erfolgt im Vorhinein ein sehr intensiver Austausch mit der betroffenen Person, um abzuklären, was diese möchte und was nicht thematisiert werden sollte.

5.6. Schulsozialarbeit und Suizidprävention

„Prävention, Prävention und noch mal Prävention“ (IP5:68).

Die Themen Schulsozialarbeit sind sehr umfassend, sie reichen von Freundschaften, Beziehungen und Berufsorientierung bis zu Drogen, Alkohol und Sexualität. Grundsätzlich werden alle Themen, die im Jugendalter durch die Pubertät auftreten, in einem Workshop oder in Beratungen bearbeitet, beispielsweise gibt es Sexualworkshops, die in den meisten Fällen in geschlechtshomogenen Gruppen stattfinden. Dieses Thema wird als sehr heikel empfunden und braucht laut Expert*innen eine besonders gute Vorbereitung. Trotzdem ist es selbstverständlich, dies aufzugreifen. Suizidprävention stellt ebenfalls einen sensiblen Themenbereich dar, dieser wird jedoch in den seltensten Fällen im Rahmen eines Workshops konkret unter diesem Namen angesprochen. Trotzdem wird

Suizidprävention in unterschiedlichem Ausmaß und in verschiedenster Art und Weise umgesetzt. Im folgenden Unterkapitel wird dies detaillierter beschrieben. Daraufhin werden auch weitere Möglichkeiten, aber auch Grenzen der Schulsozialarbeit aufgezeigt. Abschließend werden die Erfahrungen mit Organisationen dargelegt, die suizidpräventive Arbeit leisten. Eine Übersicht über die Kategorien dieses Abschnitts gibt Abbildung 16.

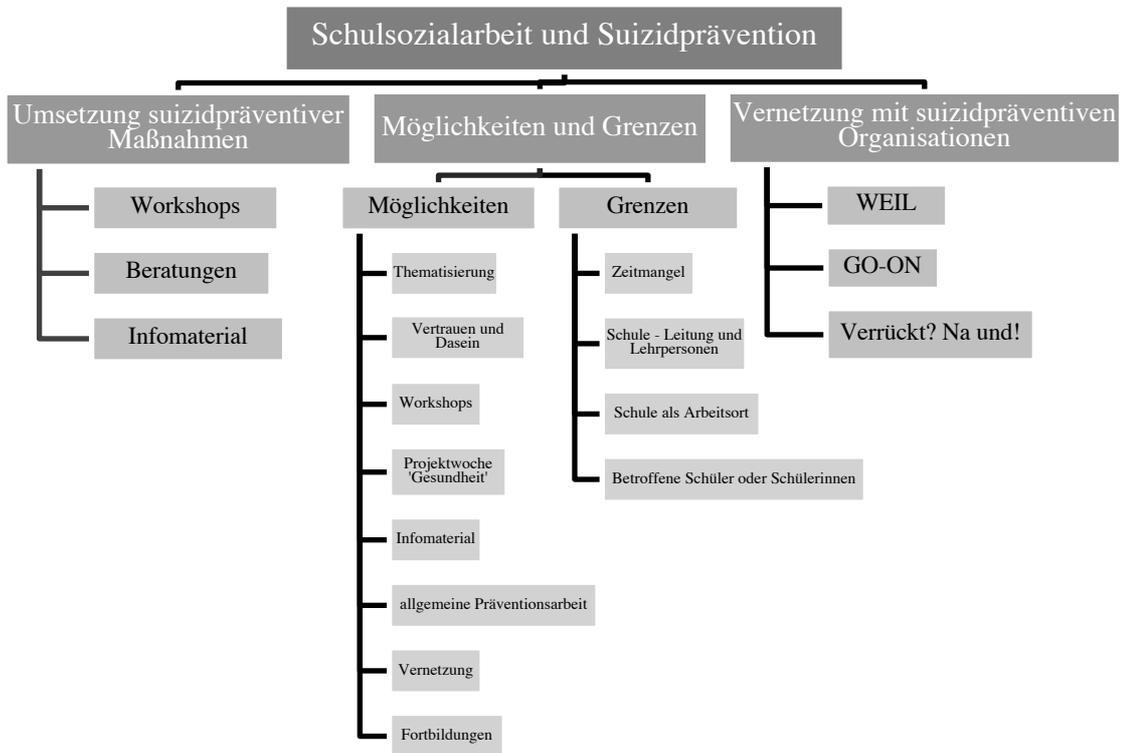


Abbildung 16: Schulsozialarbeit und Suizidprävention - Kategorien

5.6.1. Umsetzung suizidpräventiver Maßnahmen

Die Umsetzung von suizidpräventiven Maßnahmen erfolgt durch Workshops, aber auch in Beratungen wird das Thema aufgegriffen. Auch frei zugängliches Infomaterial ist ein wichtiger Bestandteil.

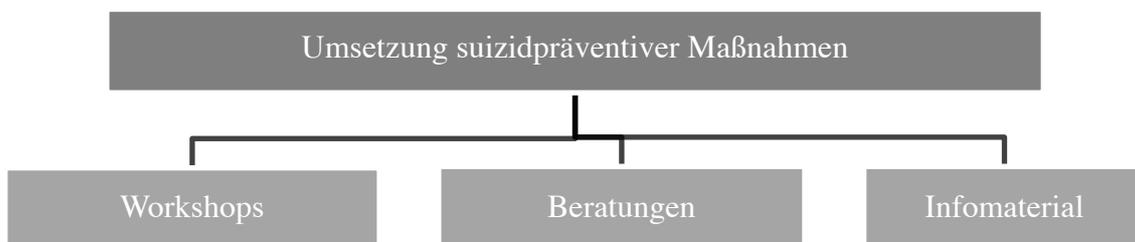


Abbildung 17: Schulsozialarbeit und Suizidprävention - Umsetzung suizidpräventiver Maßnahmen

Bei der Auswertung der Interviews wurde deutlich, dass in fast keinen Schulen, in denen die befragten Expert*innen tätig sind, Suizidprävention ein fester Bestandteil ist. In den meisten Fällen wird das Thema anlassbezogen aufgegriffen, dass es sich hierbei allerdings nicht um präventive, sondern interventive Arbeit handelt, hat auch eine Schulsozialarbeiterin* betont:

„Ich glaube suizidpräventive Angebote kommen wahrscheinlich erst dann zum Einsatz, wenn es einen Anlassfall in der Schule gegeben hat, was wahrscheinlich weniger präventiv ist. Ich glaube, dass es durchaus noch ausbaufähig und auch wichtig wäre“ (IP6:50).

Dass Suizidprävention wichtig ist, wird von vielen Schulsozialarbeiter*innen betont. Trotzdem wird wenig in die Entwicklung eines Präventionsprogramms investiert. Auf die Frage, warum Suizidprävention im Vergleich zu anderen Themen hauptsächlich interventiv aufgegriffen wird, antwortete eine Schulsozialarbeiterin* folgendes:

„Man hat vielleicht andere Themen mehr am Schirm, wie das soziale Lernen oder Mobbing, Suchtprävention, Jugendschutz. Ich glaube, das wird noch etwas vernachlässigt. Ich persönlich habe auch noch keine suizidpräventive Einheit gemacht“ (IP6:50).

Workshops

Dabei muss betont werden, dass Workshops zu Mobbing, Suchtprävention, Stressbewältigung o. Ä. auch als suizidpräventiv gesehen werden können, da dabei sehr ressourcenorientiert gearbeitet wird und den Schüler*innen Coping-Strategien aufgezeigt werden. In vielen Fällen geht es darum um allgemeine Krisen, die es zu bewältigen gilt, sodass Schüler*innen Auswege aus verschiedensten Krisen lernen. Die Begriffe ‚Suizid‘ oder ‚suizidale Krise‘ werden dabei allerdings nicht in den Mund genommen.

Um suizidpräventive Maßnahmen in einer Schule zu verankern, braucht es einen ersten, aktiven Schritt. Eine Schulsozialarbeiterin* beschreibt den Weg zu einem von ihr initiierten Projekt zur Suizidprävention, das nun ein fixer Bestandteil dieser Schule ist.

„Wir haben da bei uns im Bezirk aufgrund unserer hohen Suizidrate an den Schulen den Schwerpunkt (...) auf Resilienzförderung und Suizidprävention. (...) Wir merken, dass das auch wirkt. (...) Wir wollten eigentlich nur ein Jahr machen, erst gegen Ende haben wir gemerkt, dass die Schulen aufmachen. Es ist wichtig dran zu bleiben (...). Ich kann diese Themen ansprechen, aber es ist sehr sensibel (...). Wenn wir ganz konkret etwas

zum Thema Suizidprävention machen dann ist es wichtig, gut die Eltern vorher zu informieren (...)“ (IP7:36).

Hier wird deutlich, dass Suizidalität noch immer ein Tabu darstellt und die Thematisierung keine Selbstverständlichkeit ist. Umso wichtiger ist es, einen ersten Schritt zu setzen und die Entwicklung zu fördern.

In den meisten Schulen werden zwar keine suizidpräventiven Workshops angeboten, jedoch Workshops zu Mobbing, Stress, Klassenklima, Teambuilding und Selbstwertstärkung, die als suizidpräventiv angesehen werden. Besonders verbreitet ist ein Workshop zu Gefühlen, bei dem Schüler*innen lernen, ihre eigenen Gefühle zu benennen und mit diesen umzugehen. Dabei geht es sowohl um positive als auch um negative Emotionen, Suizidalität wird jedoch nicht konkret angesprochen.

„Also in Workshops macht man das Thema eher selten, da macht man dann eher Gefühlsregulation, (...) das heißt man geht eigentlich nicht genau auf das Thema Suizid ein (...)“ (IP1: 46).

Ein Experte* betont, dass ein Drittel der Arbeit in Prävention investiert werden sollte. Dabei geht es neben Alkohol und Drogen auch um Trauer und Depression. In diesen Workshops wird in teilweise geschlechtshomogenen Gruppen u.a. an Krisenbewältigung gearbeitet und Themen angesprochen, die insbesondere in der Pubertät zu Verstimmungen führen können. Dies äußert sich bei Mädchen anders als bei Burschen, daher werden die Klassen meist in zwei Gruppen eingeteilt. Es geht in erster Linie darum, einen Raum zur Verfügung zu stellen:

„Das Spannende ist, wenn man einen Raum ermöglicht, wo die Kinder Kinder sein können, wo (...) sie nicht verurteilt werden, dann erzählen sie ganz viel“ (IP5:52).

Ein fächerübergreifender Workshop, beispielsweise gemeinsam mit BE-Lehrer*innen, bietet die Möglichkeit eines kreativen Zugangs, um das Thema anzusprechen. Es werden resilienzstärkende Bilderbücher oder Ressourcen-Fächer gestaltet.

In manch anderen Fällen wird eine suizidale Krise einer Schülerin* oder eines Schülers* zum Anlass genommen, um mit der gesamten Klasse das Thema zu besprechen. Dabei wurde u. a. ein Notfallkoffer gebastelt und im späteren Verlauf eine Wohlfühlecke in der Klasse eingerichtet, die einen Rückzugsort für die Jugendlichen darstellt. Hierfür wurde auch an einem großen Ressourcen-Puzzle gebastelt.

„(...) Und dann, was wir gemacht haben, als sich alles wieder stabilisiert hat, dass wir gemeinsam in der Klasse eine Wohlfühlecke eingerichtet haben, wir haben ein Puzzle gestaltet, also jeder hat ein Puzzleteil gekriegt, (...) was ihn stärkt, (...) das haben wir dann so zusammengesetzt (...), es hat einen Teppich und einen Paravent gegeben und einen Sitzsack (...)“ (IP1:52).

Durch die COVID-19-Pandemie und die damit einhergegangenen Ausgangsbeschränkungen waren Schüler*innen gezwungen, zuhause zu lernen. Dadurch verstärkte sich der gesellschaftliche Blick auf verschiedenste Krisen – dies wurde auch von Seiten der Schulsozialarbeit aufgegriffen. Anlassbezogen wurden Jugendlichen mittels kurzer Instagram- oder Snapchat-Stories Strategien zur Krisenbewältigung gezeigt. Die Schulen unterstützen dies.

„Jetzt, wo wir (...) durch dieses Virus eine Krise haben, haben wir auch einen Workshop entwickelt (...). Das wird sehr stark gefragt, wenn äußerliche Gegebenheiten sind, gesellschaftlich irgendetwas ist, was mit dem zu tun hat, das wird sehr stark von der Schule gefragt“ (IP8:50).

Beratungen

Grundsätzlich leisten die Schulsozialarbeiter*innen mehr Interventions- als Präventionsarbeit, da Schüler*innen mit gewissen Themen, die sie beschäftigen, zu den Beratungen kommen. Trotzdem spielt auch dieser Bereich in der Suizidprävention eine große Rolle, da manches, das teilweise beiläufig erwähnt wird, aufgegriffen und im weiteren Verlauf im Rahmen von Workshops präventiv aufgegriffen werden kann. Außerdem werden Schüler*innen zu Beratungen eingeladen, bei denen Warnsignale wahrgenommen wurden. Diese gilt es anzusprechen. Die Frage hinsichtlich der Suizidgefährdung erfolgt meist sehr direkt:

„In den Beratungen selber ist meine Frage immer ganz direkt. Da frag ich „wie schaut’s aus, wenn ich dich da jetzt rauslassen würde, bringst du dich um?“. Weil nur so kann ich mich auch selber absichern, dass das direkt gefragt wird und festgehalten wird“ (IP2:52).

Infomaterial

Folder oder Broschüren von diversen Einrichtungen sind wichtig, da diese verschiedenste Angebote abdecken. Durch die Materialien können sich Schüler*innen Institutionen aussuchen, die ihnen am ehesten zusagen – von Online- und Telefonberatung bis zu

Beratungsstellen ist alles dabei. Sie brauchen sich dafür nicht an die jeweiligen Schulsozialarbeiter*innen wenden, wenn sie dies nicht möchten. Außerdem haben sie dadurch die Möglichkeit, sich Hilfe außerhalb der Schule zu holen. Dies ist wichtig, da sich die Präsenz der Schulsozialarbeiter*innen auf die Schulzeit beschränkt.

„Also Infomaterial sind wir relativ gut aufgestellt, also wir haben die ganzen Folder, die ich hängen habe, (...) wo sich die Kinder und Jugendlichen bedienen können, weil ich bin ja im Endeffekt präsent, so face-to-face, nur in der Schulzeit (...)“ (IP2:50).

Infomaterial inkludiert auch das Aufhängen von Plakaten, was v.a. im Kontext mit Suizidalität eine Herausforderung sein kann:

„Natürlich legen wir auch Infoflyer auf, hängen Plakate auf, am Anfang war das gar nicht so leicht, an den Schulen so ein Plakat aufzuhängen. Aber wir haben es geschafft und es hängt. Es hat einfach diese Sensibilisierungsarbeit und Enttabuisierungsarbeit gebraucht“ (IP7:44).

Einer der Befragten betont in diesem Zusammenhang, dass Suizidalität den gleichen Stellenwert einnehmen sollte wie andere Themen auch.

„Und heraußen, (...) hängt (...) wieder ein Plakat, also es ist immer wieder da, aber gleichzeitig hängt auch ein Plakat zu Drogen (...) und zu Safer Internet und (...) 10 Tipps für kuschelnde Liebe daneben. Also, alles auf einer Stufe“ (IP5:56).

5.6.2. Möglichkeiten und Grenzen der Schulsozialarbeit

Die Umsetzung suizidpräventiver Maßnahmen erfolgt auf verschiedenste Art und Weise und in unterschiedlichem Ausmaß. Welche präventiven Möglichkeiten hat oder hätte die Schulsozialarbeit im Zusammenhang mit suizidalen Krisen noch? Mein persönliches Anliegen ist darüber hinaus, auch die Grenzen aufzuzeigen. Schließlich kann nicht jede Profession alles leisten.

Möglichkeiten der Schulsozialarbeit

„(...) ich bin nicht der, der jemanden verurteilt, sondern der sagt[:] ‚du bist da, du hast das Problem nicht erfunden, aber vielleicht finden wir gemeinsam eine Lösung und können gemeinsam wohin schauen, weil was kann im schlimmsten Fall passieren?‘“ (IP5:20).

Von den Expert*innen wurden vielfältige Möglichkeiten genannt, wie Abbildung 18 zeigt. Im Folgenden werden die genannten aufgezählt. Um den Rahmen nicht zu sprengen, fasse ich ausgewählte Punkte im Anschluss kurz zusammen.



Abbildung 18: Schulsozialarbeit und Suizidprävention - Möglichkeiten der Schulsozialarbeit

Als grundsätzliche Möglichkeit der Schulsozialarbeit wird das Aufgreifen jedes Themas gesehen, besonders im Zusammenhang mit suizidalen Krisen steht dabei das Ansprechen und die Enttabuisierung im Zentrum.

„Wenn man daran denkt, dass alle drei Wochen sich ein Mensch suizidiert, dann ist das ganz schön viel. Die Betroffenheit zum Thema ist definitiv da. Es geht darum es anzusprechen und zum Thema zu machen“ (IP7:50).

Im weiteren Verlauf wird auch das Vertrauen und Dasein der Schulsozialarbeiter und Schulsozialarbeiterinnen betont, das die Grundlage der schulsozialarbeiterischen Tätigkeit darstellt. Durch das Kennen der Schüler*innen können Veränderungen bemerkt und Betroffene darauf angesprochen werden. Es kann ihnen ein Raum zur Verfügung gestellt werden, in welchem ihnen das Gefühl gegeben wird, dass sie über alles sprechen können: *„Einen Raum zu haben ist ganz wichtig, (...) wo man offen sprechen kann. Wenn sie Suizidgedanken haben, dass sie keine Scheu haben, dass sie das ansprechen können. Es ist wichtig, dass sie das ansprechen können und verstehen, dass sie nicht allein damit sind.*

Es ist wichtig, dass es freiwillig und vertraulich ist. Es ist wichtig, dass sie wissen, dass sie wohin kommen können“ (IP8:52).

Suizidpräventions-Workshops werden an vielen Schulen von externen Organisationen, beispielsweise GO-ON, übernommen. Inwieweit diese und andere Einrichtungen bekannt und mit der Schulsozialarbeit sind, wird im weiteren Verlauf noch genauer thematisiert. Als schulinternes Programm wurde die Projektwoche zum Thema ‚Gesundheit‘ genannt, durch welche eine Woche lang der Fokus auf psychischer und physischer Gesundheit liegt. Auch bei Workshops, in denen es um eine sichere Internetnutzung geht, spielt das Thema der Suizidalität eine Rolle:

„Ganz viel geht auch über die Safer-Internet Aufklärung, weil die Foren sind einfach riesig, wo die Vorteile und Nachteile (...) von Suizid stehen, also da geht es ganz massiv um Aufklärung“ (IP5:62).

Grenzen der Schulsozialarbeit

So wie jedes andere Arbeitsfeld hat auch die Schulsozialarbeit ihre Grenzen, Abbildung 19 gibt eine Übersicht.



Abbildung 19: Schulsozialarbeit und Suizidprävention – Grenzen der Schulsozialarbeit

Von dieser Profession wird sehr viel Präventionsarbeit gefordert, dabei liegt der Fokus meist auf der Intervention. Zeitmangel ist einer der Gründe, die dabei eine Rolle spielen: *„Klar sollte Schulsozialarbeit präventiv sein, nur das funktioniert nicht immer. Wir sind eher so die Feuerwehr, die kommt, wenn was passiert, weil für präventive Sachen einfach oft die Zeit fehlt“ (IP1:60).*

Auch die Schule kann hinderlich sein, wenn es um Präventionsarbeit, insbesondere in Form von Workshops, geht. Neben der Schulleitung können auch Lehrer*innen

entscheiden, ob sie Schulstunden für Workshops abgeben. In manchen Fällen wirkt es wie ein Kampf zwischen Schule und Schulsozialarbeit.

„Grenzen? Grenzen machen für uns die Schulen“ (IP1:60).

Die Gebundenheit der Schulsozialarbeiter*innen an die Schule wird als weitere Grenze angeführt. Außerhalb der Schule haben sie wenig Möglichkeiten, ihre Schüler*innen zu betreuen. Manche bieten an in schwierigen Zeiten telefonisch erreichbar zu sein. In jedem Fall muss ein Vertrauen in das außerschulische Hilfsnetzwerk gegeben sein.

Als klare Grenze wird auch der vollendete Suizid einer Schülerin* oder eines Schülers* genannt, sofern dies nicht mit allen Mitteln zu verhindern versucht worden wäre.

„Eine Grenze ist auch erreicht, wenn ein Suizid eines Jugendlichen passieren würde und wir nichts getan hätten, das wäre so eine eigene Ohnmacht, mit der ich erstmal klarkommen müsste. Das ist auch eine Angst von mir“ (IP5:64).

Im Gegensatz dazu sieht diese Expertin* die Grenzen in der betroffenen Person:

„Die [Grenzen] kommen auf die Person drauf an. Also wenn man jemanden hat, der sich nicht helfen lassen möchte, dann kann man nicht helfen“ (IP3:69).

Im weiteren Verlauf wurde als Grenze auch das fehlende Wissen über suizidale Krisen angeführt. In diesem Zusammenhang wurde die Möglichkeit erwähnt, Workshops oder ähnliche Veranstaltungen an externe Organisationen, die auf dieses Thema spezialisiert sind, abzugeben. So können Grenzen aufgelöst werden. Mit welchen Organisationen sind die Expert*innen nun vernetzt?

5.6.3. Vernetzung mit suizidpräventiven Organisationen



Abbildung 20: Schulsozialarbeit und Suizidprävention - suizidpräventive Organisationen

Besonders bekannt sind Vereine wie GO-ON Suizidprävention Steiermark, WEIL-Weiter im Leben und das Schulprojekt ‚Verrückt? Na und!‘. Insbesondere mit GO-ON finden neben Vernetzungstreffen, bei denen Kontaktdaten und Infomaterial ausgetauscht werden, auch teaminterne Fortbildungen statt.

Dabei informieren sie Schulsozialarbeiter*innen einerseits über Angebote und vermitteln ihnen wichtige theoretische Grundlagen im Zusammenhang mit suizidalen Krisen und Suizidprävention.

Besonders bekannt sind Vereine wie GO-ON Suizidprävention Steiermark, WEIL-Weiter im Leben und das Schulprojekt ‚Verrückt? Na und!‘. Insbesondere mit GO-ON finden neben Vernetzungstreffen, bei denen Kontaktdaten und Infomaterial ausgetauscht werden, auch teaminterne Fortbildungen statt. Dabei werden Schulsozialarbeiter*innen einerseits über Angebote informiert, andererseits werden ihnen wichtige theoretische Grundlagen im Zusammenhang mit suizidalen Krisen und Suizidprävention vermittelt.

„Es ist der Plan, dass jemand von GO-ON zu uns kommt, ihr Angebot vorstellt, vorstellt, was sie anbieten, also erklären, wie das bei ihnen aussieht. (...) Damit wir einfach darüber aufgeklärt sind, welche Angebote es gibt, wo können wir uns Infos holen, wo gibt es Schulungen, macht ihr Weiterbildungen, genau“ (IP1:74).

An einigen Schulstandorten wurde von GO-ON oder ‚Verrückt? Na und!‘ bereits ein Workshop gehalten. Die Erfahrungen mit GO-ON waren sehr unterschiedlich, in einem Fall wurde die Kooperation als weniger hilfreich eingestuft. Es fehlte der Austausch vor und nach dem Workshop, wie eine Expertin* betont:

„Wenn wir externe Organisationen in die Schulen holen, ist es wichtig, dass ich mich im Vorhinein mit denen austauschen kann und danach auch. (...) Besonders bei so einem Thema ist das wichtig, denke ich. Aber da hat es leider keinen Austausch gegeben. Der Workshop hat sich (...) etwas negativ ausgewirkt“ (IP1:76).

In einem anderen Fall wurden die Wünsche der Schulsozialarbeiter*innen vor dem Workshop geäußert, das Fazit nach der Abhaltung war sehr positiv, da der Fokus auf die vereinbarten Inhalte gelegt wurde. Dies zeigt die Wichtigkeit des Austausches, in diesem Fall besonders vor der Durchführung.

Auch die Erfahrungen mit teaminternen Fortbildungen von GO-ON waren durchwegs sehr positiv, einzig wurde betont, dass es im Allgemeinen mehr Input geben sollte.

Besonders beliebt, bei allen beteiligten Personen, sind ‚Verrückt? Na und!‘-Workshops. Durch die Einbindung von persönlichen Expert*innen wird ein Zugang geschaffen, durch welchen die Schüler*innen auf ganz andere Art und Weise erreicht werden.

„Bei Schülern und Schülerinnen, da kann man dann eine Stecknadel fallen hören, wenn dieser persönliche Experte beginnt zu erzählen. Das ist so fesselnd und es bleibt den Kindern hängen“ (IP7:66).

5.7. Bedenken seitens der Schulsozialarbeiter und Schulsozialarbeiterinnen

Ich absolvierte ein Praktikum in der Schulsozialarbeit und stellte dabei fest, dass nach Aussagen der Schulsozialarbeiter*innen suizidale Krisen bei Schüler*innen in unterschiedlichem Ausmaß nicht selten sind. Die Thematik ist sehr aktuell und präsent, allerdings mit sehr viel Unsicherheit seitens der Schulsozialarbeiter*innen verbunden. Es besteht die Angst, bei Schüler*innen durch die Thematisierung etwas auszulösen, oder mögliche Suizidgedanken oder -ideen zu verstärken.

Dies zeigt auch die Auswertung der durchgeführten Interviews. Da die Sorge besteht, bei Schüler*innen etwas auszulösen, wird in vielen Fällen das Thema nur behandelt, wenn es Thema ist.

„Ja, also diese Sorge, man könnte etwas aufmachen, das würde ich sagen. Also, ich habe es bis jetzt ja immer anlassbezogen thematisiert (...), aber so habe ich auch eher die Bedenken, dass vielleicht etwas aufkommen würde, (...) obwohl ich weiß, dass die Literatur etwas anderes sagt“ (IP4:86).

Eine Schulsozialarbeiterin* meint, dass es erst angesprochen wird, *„wenn der Hut brennt“* (IP8:68). Trotzdem wird es grundsätzlich als wichtige Thematik empfunden und sollte daher genauso besprochen werden wie die als ebenfalls sensibel geltenden Themen Liebe und Sexualität.

„Ich sehe es ein Stück weit als meine Profession, dass ich damit auch umzugehen weiß. Außerdem würde sich diese Angst auf die Kinder und Jugendlichen übertragen“ (IP8:68).

Dass es insbesondere korrekte Information braucht, um Schüler*innen aufzuklären, zeigt die Aussage einer Schulsozialarbeiterin*, die meint, dass das Ansprechen auch negative Auswirkungen haben könnte:

„Das habe ich von einer Fortbildung, da wurde dieser Werther-Effekt beschrieben, also wenn das medial präsent ist dieses Thema, oder wenn viel darüber berichtet wird, dass es dann zu einer erhöhten Suizidrate kommt“ (IP4:76).

Der Werther-Effekt wurde von der Schulsozialarbeiterin* missverstanden: Wird über Krisenbewältigung o. Ä. positiv berichtet, hat dies sogar positive Auswirkungen. Im Theorieteil dieser Arbeit gehe ich auf den Werther- und Papageno-Effekt genauer ein.

Dass Wissen hilft, betonen mehrere Expert*innen. An einem Standort ist Suizidprävention Teil des Einschulungskonzeptes für neue Mitarbeiter*innen.

Einer der befragten Personen beantwortet die Frage nach Ängsten oder Bedenken bezüglich der Thematisierung folgendermaßen:

„Ich weiß es nicht, ich habe relativ wenig Angst. Ich denke mir immer, die Scherben können wir später zusammenklauben, tun wir einfach mal was“ (IP5:76).

Da bei den meisten befragten Personen Unsicherheiten bestehen, befragte ich diese im darauffolgenden Abschnitt nach ihren Wünsche und Vorstellungen in Bezug auf Maßnahmen, die ihre Angst nehmen könnten und ihnen die suizidpräventive Arbeit erleichtern würden.

5.8. Wünsche der Schulsozialarbeiter und Schulsozialarbeiterinnen

Die Anliegen der Schulsozialarbeiter*innen teilen sich in folgende drei Kategorien:

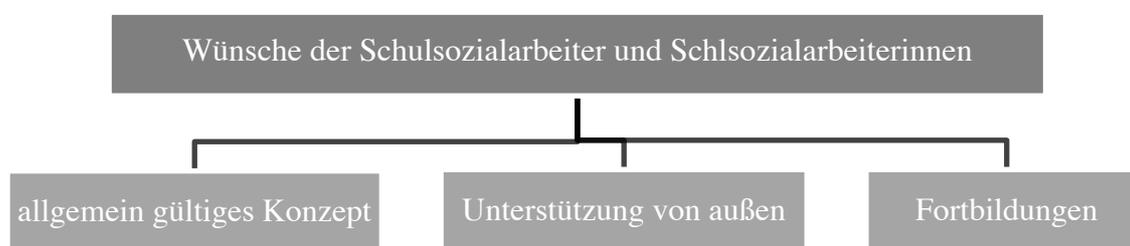


Abbildung 21: Wünsche der Schulsozialarbeiter und Schulsozialarbeiterinnen

Außerdem wurde ein Wunsch geäußert, der vermutlich etwas schwieriger umzusetzen ist:

„Einen Blick in die Zukunft, wenn wir 20 Jahre so weitermachen wie jetzt, ob dieses Thema noch immer so massiv in Schockstarre führt, das würde ich mir wünschen (...)" (IP5:78).

5.8.1. Allgemein gültiges Konzept

Viele Schulsozialarbeiter*innen erstellen im Laufe der Jahre verschiedenste Workshops. Für suizidpräventive Workshops gibt es bisher kein erarbeitetes Konzept, das die

wichtigsten Elemente enthält. Dieses wäre jedoch hilfreich, um auf etwas zurückgreifen zu können, da das Thema als sehr sensibel gilt. Eine Schulsozialarbeiterin meinte, dass die Idee ihres Teams wäre, einen solchen Leitfaden anzufertigen und zur Verfügung zu stellen. Dies scheiterte bisher aufgrund fehlender zeitlicher Ressourcen.

„Die zeitlichen Ressourcen sind leider nicht so vorhanden. Aber ich denke, so ein Leitfaden für den schulischen Kontext wäre hilfreich“ (IP7:70).

5.8.2. Unterstützung von außen

Bis dahin wäre Unterstützung von Professionellen bei Workshops hilfreich. Die Befragten äußern den Wunsch, gemeinsam einen derartigen Workshop zu planen und durchzuführen. In weiterer Folge kann dieser auch alleine von der an der Schule tätigen Schulsozialarbeiterin* oder dem Schulsozialarbeiter* abgehalten werden.

Die aktive Beteiligung der Schulsozialarbeiter*innen beim ganzen Prozess wird als besonders wichtig angesehen, da Schüler*innen eine Vertrauensperson brauchen, um eine sichere Atmosphäre zu schaffen. Auch der Austausch nach einem Workshop wird als wichtig erachtet, um Wahrnehmungen besser einschätzen zu können.

„Ich glaube, wenn man Suizidprävention wirklich als Workshop hernimmt, dann wäre es mal gut, wenn man es von vornherein nicht alleine macht. Das ist einfach ein Thema, dass eine Konsequenz haben kann. (...) Wenn man bei so sensiblen Themen zu zweit ist, dann sieht man viel mehr, man hat eine zusätzliche Einschätzung, das ist ganz wichtig, weil oft hilft einem nur das Bauchgefühl weiter“ (IP3:85).

5.8.3. Fortbildungen

Sehr wünschenswert sind Fortbildungen im Bereich der Suizidprävention. Einige der Befragten hatten schon eine absolviert, jedoch sollte hierbei eine Regelmäßigkeit gegeben sein, um aktuelle Informationen zu erhalten. Besonders wichtig wäre dabei die Gestaltung, die Raum gibt für eigene Gedanken, Ideen und einen Austausch hinsichtlich Erfahrungen ermöglicht.

„Sehr, sehr wichtig sind auch regelmäßige Fortbildungen. Man muss am neuesten Stand bleiben, sich mit dem Thema beschäftigen. Da braucht es auch die Ressourcen.“ (IP1:80).

Welche zeitlichen und finanziellen Ressourcen Schulsozialarbeiter*innen zur Verfügung stehen, behandelt das folgende Kapitel:

5.9. Fort- und Weiterbildungen

Grundsätzlich gibt es kein allgemein gültiges Budget und keine Vorschrift hinsichtlich des Stundenausmaßes. Daher sind auch die Ressourcen für Fortbildungen bei den einzelnen Trägern verschieden.

In den meisten Fällen ist das Zeitausmaß, das für Weiterbildungen zur Verfügung steht, von den jeweiligen Wochenstunden abhängig. Bei einer Vollzeit-Anstellung von 38 Stunden belaufen sich die Fortbildungs-Stunden ebenfalls auf 38 pro Jahr. Bei anderen Trägern stehen den Angestellten mindestens 20 bis höchstens 30 Stunden pro Jahr zur Verfügung.

Dies ist allerdings nicht immer der Fall, wie folgendes Zitat zeigt:

„Bei uns gibt es nicht wirklich ein Stundenausmaß. Wir sollen Weiterbildungen besuchen, wir haben das konkrete Ausmaß nicht, bei uns ist es sehr großzügig. Es ist meistens so, dass es eine große mehrtägige Fortbildung gibt, die wir besuchen sollen und eine kleinere Tagesfortbildung“ (IP6:85).

Das Budget für Fort- und Weiterbildungen beläuft sich auf 100 € bis maximal 110 € pro Jahr und pro Person. Dass dies nicht viel ist, betonen fast alle befragten Personen. Einige bilden sich privat weiter, dies ist allerdings für andere finanziell schwierig.

„Wir haben 100 € pro Jahr zur Verfügung, das ist sehr, sehr wenig, das ist eigentlich nichts. (...) Ich mache es aber so, dass ich mich ganz viel privat weiterbilde. Ich bezahle es dann eben selbst. (...) Es wäre aber schon sehr, sehr hilfreich, wenn es mehr Geld für Fort- und Weiterbildungen geben könnte. Seminare kosten meistens schon sehr viel Geld, das wäre auf jeden Fall unterstützend“ (IP1:84).

5.10. Ergänzungen zum Abschluss

Abschließend betonten die befragten Expert*innen nochmals betont, wie wichtig es ist, dieses Thema aufzugreifen, da es stark tabuisiert wird. Es braucht mehr Präsenz, u.a. in den Medien, wobei der Leitfaden für die Medienberichterstattung zu berücksichtigen ist. Kritisiert wurde, dass psychische Gesundheit im Vergleich zur physischen einen geringeren Stellenwert einnimmt.

„Beim Thema Alkohol, oder Rauchen, da hängen überall Plakate, und es gibt Gesetze, es werden Dinge verboten, oder es wird teurer, dann rauchen weniger Leute. Aber zu psychischer Gesundheit gibt es viel zu wenig, das wird viel zu sehr belächelt“ (IP1:88).

Im weiteren Verlauf meint die Schulsozialarbeiterin, dass mehr Suizide verhindert werden könnten, wenn es mehr Zusammenarbeit geben würde:

„Und Suizid könnte man gut verhindern, wenn alle mitarbeiten würden, und wenn sich derjenige früh genug Hilfe holen würde“ (IP1:88).

Eine andere Schulsozialarbeiterin befürchtet einen Anstieg der Suizidrate, da sie in letzter Zeit häufiger mit dem Thema konfrontiert wurde. Gründe hierfür sieht sie in der zunehmenden Unsicherheit bei Jugendlichen, die unter großem Druck stehen.

Dass dabei auch Kinder zwischen sechs und zehn Jahren in der Volksschule berücksichtigt werden sollten, betont eine Schulsozialarbeiterin. Diese Altersgruppe würde oft vernachlässigt.

„Ich muss sagen, ich habe ironischerweise mehr mit suizidalen Äußerungen bis jetzt in der Volksschule zu tun gehabt (...)" (IP6:16).

6. RESÜMEE UND AUSBLICK

„Es kommt jeder mal in eine Krise und es geht nur darum wie man aus der Krise wieder rauskommt“ (IP6:38).

Die vorliegende Arbeit soll die Weiterentwicklung der schulischen Suizidprävention fördern, durch welche die Suizidrate von Kindern und Jugendlichen verringert werden kann. Das konkrete Ziel der Studie bestand darin, neben der Art und Weise das Ausmaß der Umsetzung von suizidpräventiven Maßnahmen seitens der Schulsozialarbeit zu untersuchen. Dabei geht es neben der Wahrnehmung von suizidalen Krisen auch um Schutz- und Risikofaktoren, die es in diesem Kontext zu berücksichtigen gilt. Im weiteren Verlauf sollte die Frage nach der Vorhersagbarkeit eines Suizids beantwortet werden. Ein Schwerpunkt lag auf Möglichkeiten der Präventionsarbeit, wobei die Arbeit auch deren Grenzen berücksichtigt.

Hierfür wurden acht leitfadengestützte Expert*innen-Interviews mit Schulsozialarbeiter*innen, die an steierischen Schulen tätig sind, durchgeführt. Da die Schulsozialarbeit nur an Neuen Mittelschulen und Polytechnischen Schulen vertreten ist, lag der Fokus auf suizidalen Krisen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 10 bis 14 Jahren.

Die Ergebnisse zeigen, dass Schulsozialarbeiter und Schulsozialarbeiterinnen besonders aufmerksam werden, wenn sie Veränderungen bei Schüler*innen wahrnehmen. Ein verändertes äußeres Erscheinungsbild, beispielsweise durch dunkle, lange Kleidung oder ein ungepflegtes Äußeres sind mögliche Hinweise auf eine Krise. Klare und häufig wahrgenommene Signale für eine vorliegende suizidale Krise sind verbale Äußerungen, wie ‚ich mag nicht mehr‘ oder konkretere wie ‚ich möchte nicht mehr leben‘.

Um eine bessere Einschätzung treffen zu können, wird auf den Austausch mit Lehrpersonen sehr viel Wert gelegt. Inwieweit dieser erfolgt, ist abhängig vom Vertrauensverhältnis und der allgemeinen Meinung bezüglich Schulsozialarbeit seitens der Lehrer*innen. Um das Vertrauen von Lehrpersonen in die Schulsozialarbeit zu stärken und somit die Zusammenarbeit zu fördern, ist intensivere Aufklärungsarbeit hinsichtlich der Themen und Tätigkeitsfelder von Schulsozialarbeiter*innen nötig.

Besteht ein Verdacht auf eine (suizidale) Krise, gehen Schulsozialarbeiter*innen aktiv auf betroffene Schüler*innen zu, schildern ihre Wahrnehmung und bieten das Gespräch an. Dieses wird meistens mit großer Erleichterung angenommen. Dabei ist eine klare

Kommunikation entscheidend, insbesondere wenn Anzeichen vorliegen, die auf eine Suizidgefährdung hindeuten. Dabei ist die direkte Frage nach Gedanken oder konkreten Plänen entscheidend. Ein häufiger Irrglaube ist, die Person durch das Ansprechen auf Suizidideen zu bringen. Diese Annahme ist schlichtweg falsch. Die Frage nach konkreten Gedanken ist entscheidend, um das Stadium der Gefährdung einschätzen und weitere Handlungsschritte einleiten zu können.

Dass die Einschätzung der Suizidgefährdung sehr schwierig ist, wurde von den befragten Expert*innen betont, unmöglich sei diese jedoch nicht. Grundsätzlich geht es dabei um das Wahrnehmen von Warnsignalen, das als klare Aufgabe der Schulsozialarbeit deklariert wird, und Wissen und Erfahrung erfordert. Um eine erste Einschätzung treffen zu können, braucht es gezielte Fragen hinsichtlich überlegter Methoden, bereits getroffenen Vorkehrungen o.Ä. In jedem Fall muss unmittelbar professionelle Unterstützung von außen dazu geholt werden. Für die spätere Abklärung braucht es ärztliches Fachpersonal, dies kann die Schulsozialarbeit nicht leisten. Nachdem neben ihrer Erfahrung auch Wissen hinsichtlich suizidaler Krisen entscheidend für die Einschätzung der Suizidgefährdung ist, wurden die Expert*innen hinsichtlich ihrer Definition des Begriffs ‚suizidale Krise‘ befragt. Betont wurde dabei die empfundene Einengung, die ausweglos erscheinende Situation, Suizidgedanken der Betroffenen, im weiteren Verlauf auch deren -pläne und -absichten. Ein Suizidversuch oder ein vollendeter Suizid ist dabei nicht miteinzuschließen, so die Meinung der Befragten. Dabei stellt ein Suizidversuch, der besonders im Jugendalter sehr viel häufiger ist als ein vollendeter Suizid, die Spitze der suizidalen Krise dar. Um dies zu verhindern, sollte in der präventiven Arbeit der Fokus auf der Förderung von Schutzfaktoren liegen. Neben Beziehungen, einer geregelten Tagesstruktur und geeigneten Coping-Strategien wurden auch Selbstwert und Selbstwirksamkeit als Schutzfaktoren deklariert. Besonders junge Menschen sind in der Pubertät mit zahlreichen Veränderungen konfrontiert, dabei ist es von großer Bedeutung, sie in ihrem Selbstwert zu stärken und sie zu ermutigen, ihrer eigenen Person positiv gegenüber zu stehen. Geringer Selbstwert wurde somit als eindeutiger Risikofaktor gesehen, auch alle Formen von Gewalt, familiäre Umstände und Beziehungen können die Wahrscheinlichkeit für eine suizidale Krise erhöhen. So kann Mobbing innerhalb der Klasse weitreichende Folgen haben. Der Blick sollte daher verstärkt auf der Klassengemeinschaft liegen: Workshops, die die Gemeinschaft stärken, können dabei einen präventiven Beitrag leisten.

Unberücksichtigt blieben soziale Medien, die gerade im Jugendalter sehr viel Druck ausüben können. Informationen zu sicherer Internetnutzung und auf Cyber-Mobbing spezialisierte Anlaufstellen sollten Schulsozialarbeiter*innen vermitteln.

Auch der Zugang zu Methoden sollte mitbedacht werden, Eltern sollten dahingehend informiert werden, gewisse Gegenstände grundsätzlich sicher aufzubewahren.

Gruppen, die ein besonders hohes Risiko aufweisen, sind ausgegrenzte Personen, aber auch die soziale Schicht spielt eine Rolle. Jugendliche mit Migrationshintergrund sind mit besonders vielen Konflikten konfrontiert, daher sollte ihnen viel Aufmerksamkeit geschenkt werden. Weiters wurde die Wahrnehmung geschildert, junge Burschen seien gefährdeter als Mädchen. Dies lässt sich auch durch Studien belegen. Burschen begehen öfter Suizid, bei Mädchen ist ein Suizidversuch wahrscheinlicher.

Seit einigen Jahren wird der Forschungsschwerpunkt in der Suizidprävention auf Personen der LGBTIQ-Community gelegt, da diese ein besonders hohes Risiko aufweisen. Auch die vorliegende Studie kann bestätigen, dass die Geschlechtsidentität und sexuelle Orientierung Risikofaktoren darstellen.

Die befragten Schulsozialarbeiter*innen betonten den Aspekt der Erfahrung, die die Einschätzung der Gefährdung erleichtern kann. Bisher kam es an den jeweiligen Schulen zu keinem Suizid, jedoch zu einigen Suizidversuchen. Einen allgemein gültigen Plan gibt es für solche Situationen nicht, in manchen Fällen wurde vom jeweiligen Träger ein Konzept verfasst. Grundsätzlich wird im ersten Schritt Unterstützung geholt, die Schulleitung und die Klassenlehrerin* oder den Klassenlehrer* verständigt, im letzten Schritt werden die Eltern informiert. In manchen Fällen werden postventiv Workshops von GO-ON oder anderen Organisationen abgehalten, wobei dies in Absprache mit der Schülerin* oder dem Schüler* erfolgt.

Die Zusammenarbeit mit Organisationen wie GO-ON, WEIL-Weiter im Leben oder ‚Verrückt? Na und!‘ ist im Rahmen der Suizidprävention nicht unwesentlich, sie übernehmen in vielen Fällen Workshops zu diesem Thema, meist jedoch aufgrund eines Anlasses, im Rahmen von Inter- oder Postvention.

Die Workshops werden selten von Schulsozialarbeiter*innen selbst gehalten. Die Verantwortung wird an externe Institutionen abgegeben, obwohl die befragten Personen sehr viele Möglichkeiten nannten, u.a. Workshops, um präventive Suizidprävention selbst zu betreiben. Umgesetzt wurden diese bisher kaum.

Obwohl präventive Beiträge zu Sucht und Sexualität als problematisch gelten, sind sie an den meisten Schulen selbstverständlich. Das Thema ‚Suizidalität‘ hingegen, das ebenfalls als heikel gesehen wird, ist kein fixer Bestandteil an Schulen. Gründe hierfür sind u.a. mangelndes Wissen oder Fehlinformation. Besonders verbreitet sind Unsicherheiten und Ängste, durch die Thematisierung Jugendliche in ihrer Suizidalität zu bestärken oder etwas auszulösen. Dies ist ein häufiger Irrglaube. Themen anzusprechen, Information zu vermitteln, insbesondere bezüglich Anlaufstellen, ist präventiv und kann Betroffene ermutigen, sich in Krisenfällen Hilfe zu holen. Im Vordergrund stehen somit Information und Aufklärung, mit Perspektiven und lebensbejahenden, gestalterischen Ansätzen.

Um Schulsozialarbeiter*innen in ihrer Arbeit zu stärken, brauchen sie mehr finanzielle und zeitliche Ressourcen für Fort- und Weiterbildungen. Weiters wäre ein allgemein gültiges Konzept, sowohl für einen suizidpräventiven Workshop als auch für die Vorgangsweise bei einem Suizidversuch bzw. Suizid dringend vonnöten. Eine Möglichkeit dies umzusetzen bestünde in einer Kompetenzgruppe aus Schulsozialarbeiter*innen und Expert*innen aus der Suizidprävention, beispielsweise vom Institut für Suizidprävention oder GO-ON. Die konzipierten Workshops sollten ein fixer Bestandteil einer jeden Schule werden. Zur Qualitätssicherung sollten regelmäßige Evaluierungen durchgeführt werden. Dabei sollten auch Volksschulen stärker berücksichtigt werden, da auch in dieser Altersgruppe Schulsozialarbeiter*innen verbale Äußerungen häufig wahrnehmen, die auf eine suizidale Krise hindeuten, häufig wahrgenommen werden.

Weiters müsste sich das bestehende Konkurrenzverhältnis zwischen Schulsozialarbeit und Schule in ein Kooperations-Verhältnis wandeln. Psychische Gesundheit sollte den gleichen Stellenwert wie physische einnehmen. Durch regelmäßigen, als selbstverständlich erachteten Sportunterricht, wird die körperliche Fitness gefördert – regelmäßige Einheiten zum seelischen Wohlbefinden sollten ebenso ein fixer Bestandteil des Unterrichtsplans sein. Somit wäre mehr Zeit für präventive Arbeit, die eine Haupttätigkeit der Schulsozialarbeit darstellt.

Da die Häufigkeit von Suizidversuchen und Suiziden ab einem Alter von 15 Jahren deutlich zunimmt, braucht es nicht nur vermehrt Präventionsarbeit für 10- bis 14-Jährige, sondern auch ein niederschwelliges Unterstützungsangebot für Oberstufen und Gymnasien. Die Anwesenheit von Vertrauenspersonen senkt das Risiko eines Suizidversuchs nachweislich. Schulsozialarbeit sollte daher fixer Bestandteil einer jeden Schule sein.

7. LITERATURVERZEICHNIS

- Auferbauer, Martin/Gspurning, Waltraud/Heimgartner, Arno/Lederer-Hutsteiner, Thomas/Mayr Andrea (2018): Evaluation der Schulsozialarbeit in der Steiermark 2015-2018. Graz: Eigenverlag Universität Graz.
- Baierl, Martin (2014): Herausforderung Alltag: Praxishandbuch für die pädagogische Arbeit mit psychisch gestörten Jugendlichen. 4. Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bille-Brahe, Unni (2000): Sociology and Suicidal Behaviour. In: Hawton, Keith/van Heeringen, Kees (Hrsg.): The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide. Chichester/New York/Weinheim/Brisbane/Singapore/Toronto: John Wiley & sons, S. 193-207.
- Becker, Katja/Meyer-Keitel, Anikó-Eva (2008): Suizidales Verhalten. In: Petermann, Franz (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. 6., vollständig überarbeitete Auflage. Göttingen/Bern/Wien/Paris/Oxford/Prag: Hogrefe, S. 446-460.
- BMASGK (Hg.) (2019): Suizidbericht 2018. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.
- BMG (Hg.) (2011): SUPRA. Suizidprävention Austria. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Bock, Thomas (1992): Wieviel Krankheit braucht der Mensch? Risiken der Prävention aus Sicht der Psychiatrie. In: Paulus, Peter (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis. Köln: GwG Verlag, S. 109-118.
- Böllert, Karin (1995): Zwischen Intervention und Prävention: Eine andere Funktionsbestimmung sozialer Arbeit. Neuwied/Kriftel/Berlin: Luchterhand.
- Bortz, Jürgen/Döring, Nicola (2016): Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. 5. vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Bronisch, Thomas (1995): Der Suizid. Ursachen, Warnsignale, Prävention. München: Verlag C.H. Beck.

- Bronisch, Thomas (2007): Der Suizid. Ursachen, Warnsignale, Prävention. 5. Auflage. München: Verlag C.H. Beck.
- Brown, Rebecca C. (2018): Projekt 4S – Schulen Stark machen gegen Suizidalität und Selbstverletzendes Verhalten. In: Kinder- und Jugendschutz in Wissenschaft und Praxis, 63, H. 1, S. 12-15.
- Bründel, Heidrun (1993): Suizidgefährdete Jugendliche. Theoretische und empirische Grundlagen für Früherkennung, Diagnostik und Prävention. Weinheim/München: Juventa Verlag.
- Bründel, Heidrun (2004): Jugendsuizidalität und Salutogenese. Hilfe und Unterstützung für suizidgefährdete Jugendliche. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bründel, Heidrun (2015): Suizid. In: Melzer, Wolfgang/Hermann, Dieter/Sandfuchs, Uwe/Schäfer, Mechthild (Hrsg): Handbuch Aggression, Gewalt und Kriminalität bei Jugendlichen. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt, S. 210-218.
- Bründel, Heidrun (2019): Schülersuizid – Was Lehrer und Lehrerinnen wissen sollten. In: [https://schulpsychologie.nrw.de/cms/upload/Dokumente/Artikel/Schulersuizid -
Was Lehrerinnen und Lehrer wissen sollten Update 2019.pdf](https://schulpsychologie.nrw.de/cms/upload/Dokumente/Artikel/Schulersuizid_-_Was_Lehrerinnen_und_Lehrer_wissen_sollten_Update_2019.pdf) [23.01.2020].
- Centre for suicide prevention (2014): Webinar “5 Things We Wish All Teachers Knew About Teen Suicide. The importance of the first frontline professionals to note developing problems” In: https://www.suicideinfo.ca/wp-content/uploads/2014/10/Teachers_teen_suicide.pdf [16.04.2020].
- Copeland, William E. (2019): Editorial: One Reason Why Not. In: <https://www.science-direct.com/science/article/pii/S0890856719320714?via%3Dihub> [14.11.2019].
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Hrsg.) (2003): Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. 2. überarbeitete Auflage. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (Hrsg.) (2007): Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter: mit 9 Tabellen. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

- Donath, Carolin/Graessel, Elmar/Baier, Dirk/Bleich, Stefan/Hillemacher, Thomas (2014): Is parenting style a predictor of suicide attempts in a representative sample of adolescents? In: BMC pediatrics, 14, H. 1, o.S.
- Drilling, Matthias (2009): Schulsozialarbeit. Antworten auf veränderte Lebenswelten. 4., aktualisierte Auflage. Bern/Stuttgart/Wien: Haupt Verlag.
- Dunkel, Dirk/Antretter, Elfriede/Seibl, Regina/Haring, Christian (2004): Suicidal Behaviour in Austria. In: Schmidtke, Armin/Bille-Brahe, Unni/DeLeo, Diego/Kerkhof, Ad (Hrsg.): Suicidal Behaviour in Europe. Results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. o.O.: Hogrefe und Huber Publishers, S. 113-121.
- Etzersdorfer, Elmar/Sonneck, Gernot (1998): Preventing suicide by influencing mass-media reporting. The Viennese experience 1980–1996. In: Archives of Suicide Research, 1, H. 4, S. 67-74.
- Etzersdorfer, Elmar/Kapusta, Nestor D./Sonneck, Gernot (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.
- Fellöcker, Kurt (2004): Suchtprävention und Psychodrama in Österreich. In: Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie, 2, H. 3, S. 215-227.
- Freund, Thomas/Lindner, Werner (2001): Der Prävention vorbeugen? Zur Reflexion und kritischen Bewertung von Präventionsaktivitäten in der Sozialpädagogik. In: Freund, Thomas/Lindner, Werner (Hrsg.): Prävention. Zur kritischen Bewertung von Präventionsansätzen in der Jugendarbeit. Opladen: Leske und Budrich.
- Ganzer, Jutta (2012): Zielgruppenspezifische Angebote in der Schulsozialarbeit. In: Bakkic, Josef/Coulin-Kuglitsch, Johanna (Hg.): Blickpunkt: Schulsozialarbeit in Österreich. Wien: Löcker, S. 109-124.
- GO-ON Suizidprävention Steiermark (o.J.): Kompetenzzentrum für Suizidprävention. In: https://suizidpraevention-stmk.at/?page_id=108 [16.01.2020].
- Grandy, Simone; Bernold-Schrom, Desiree; Hofmann, Felix; Teutsch, Friedrich; Lehner, Lisa und Felder-Puig, Rosemarie (2015): Unterstützungssysteme in, für und um die Schule. Wien: LBIHPR Forschungsbericht.

- Habermas, Tilmann (2002): Substanzenmissbrauch und Ess-Störungen. In: Oerter, Rolf/Montada, Leo (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. 5., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim/Basel/Berlin: Beltz Verlage, S. 847-858.
- Healthy Child Manitoba (2014): Best Practices in School-based Suicide Prevention: A comprehensive approach. In: https://www.gov.mb.ca/healthychild/ysp/ysp_bestpractices.pdf [16.04.2020].
- Heimgartner, Arno (2019): Vortrag „Entwicklung und Konzeptionen der Sozialpädagogik“.
- Herriger, Norbert (1986): Präventives Handeln und soziale Praxis: Konzepte zur Verhütung abweichenden Verhaltens von Kindern und Jugendlichen. Weinheim/München: Juventa Verlag.
- Hobacher, Xenia (2011): Suizidprävention für Jugendliche in der Steiermark. Einstellungen von LehrerInnen zu Suizidpräventionsangeboten für steirische Oberstufenschülerinnen. Masterarbeit. Graz: Universität Graz.
- Holtkamp, Kristian/Herpertz-Dahlmann Beate (2001): Suizide und Suizidversuche im Kindes- und Jugendalter. in: Monatsschrift Kinderheilkunde, 149, H. 7, S. 717-729.
- Institut für Suizidprävention Graz (o.J.): Das Institut. In: <https://ifsg.at> [16.01.2020].
- Just, Anette (2016): Handbuch Schulsozialarbeit. 2. Auflage. Münster/New York: Waxmann.
- Kerkhof, Ad J.F.M. (2000): Attempted Suicide: Patterns and Trends. In: Hawton, Keith/van Heeringen, Kees (Hrsg.): The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide. Chichester/New York/Weinheim/Brisbane/Singapore/Toronto: John Wiley & sons, S. 49-64.
- Klicpera, Christian/Gasteiger-Klicpera, Barbara (2006): Emotionale und verhaltensbezogene Störungen im Kindes- und Jugendalter. Wien: facultas.
- Kohnstamm, Rita (1999): Praktische Psychologie des Jugendalters. Vom Kind zum Erwachsenen – Das Individuum – Das Umfeld. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Hans Huber.

- Kölch, Michael/Fegert, Jörg M. (2013): Affektive Psychosen: Major Depression, Manie und bipolare Störungen. In: Fegert, Jörg M./Kölch, Michael (Hrsg.): Klinikmanual. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 2. Auflage. Berlin/Heidelberg: Springer Medizin, S. 196-221.
- Kölves, Kairi/de Leo, Diego (2017): Suicide methods in children and adolescents. In: European Child & Adolescent Psychiatry, 26, H. 2, S. 155-164.
- Kozel, Bernd (2015): Suizidgefahr erkennen. In: Heilberufe, 67, H. 6, S. 35-38.
- Lüders, Christian (2016): Prävention. In: Schröer, Wolfgang/Struck, Norbert/Wolff, Mechthild (Hrsg.): Handbuch Kinder- und Jugendhilfe. 2., überarbeitete Auflage. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, S. 512-537.
- Mayring, Philipp (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11., überarbeitete Auflage. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.
- Mayring, Philipp (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarbeitete Auflage. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.
- Mayring, Philipp/Fenzl, Thomas (2014): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Baur, Nina/Blasius, Jörg (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 543-556.
- Meurer, Sigrid (2004): "Wenn ich das machen würde ... wäre ich ja wirklich tot." – Krisenintervention bei Kindern und Jugendlichen. In: Müller, Wolf/Scheuermann, Ulrike (Hrsg.): Praxis Krisenintervention. Ein Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte. Stuttgart: W. Kohlhammer, S. 195-207.
- Mühlig, Stephan (2008): Substanzmissbrauch und -abhängigkeit bei illegalen Drogen. In: Petermann, Franz (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. 6., vollständig überarbeitete Auflage. Göttingen/Bern/Wien/Paris/Oxford/Prag: Hogrefe, S. 571-588.
- Nohl, Arnd-Michael (2012): Interview und dokumentarische Methode. Anleitungen für die Forschungspraxis. 4. überarbeitete Auflage. Wiesbaden: Springer VS.

- OGSA – Österreichische Gesellschaft für Sozialarbeit (2020): Aufgabenprofil der Schulsozialarbeit. In: https://ogsa.at/wp-content/uploads/2018/11/2018_10_24_Aufgabenprofil_Schulsozialarbeit-OGSA.pdf [03.03.2020].
- Olk, Thomas/Bathke, Gustav-Wilhelm/Hatrnub, Birger (2000): Jugendhilfe und Schule. Empirische Befunde und theoretische Reflexionen zur Schulsozialarbeit. Weinheim/München: Juventa.
- Plattform Psyche Steiermark (2020): Projekte – „Verrückt? Na und!“ In: <http://www.plattformpsyche.at/Seiten/seelisch-fit-Schule-Ausbildung.aspx> [16.06.2020].
- Plöderl, Martin, Kralovec, Karl, Fartacek, Clemens, & Fartacek, Reinhold (2009): Homosexualität als Risikofaktor für Depression und Suizidalität bei Männern. In: *Blickpunkt der Mann*, 7, H 4, 28-37.
- Rädiker, Stefan/Kuckartz, Udo (2019): *Analyse qualitativer Daten mit MAXQDA. Text, Audio und Video*. Wiesbaden: Springer VS.
- Ringel, Erwin (1978): *Das Leben wegwerfen? Reflexionen über Selbstmord*. Wien/Freiburg/Basel: Herder.
- Rossmann, Peter/Reicher, Hannelore (2008): Suizidales Verhalten. In: Gasteiger-Klicpera, Barbara/Julius, Henri/Klicpera, Christian (Hrsg.): *Sonderpädagogik der sozialen und emotionalen Entwicklung*. Göttingen/Bern/Wien/Paris/Oxford/Prag/Toronto/Cambridge, MA/Amsterdam/Kopenhagen: Hogrefe, S. 276-290.
- Scheithauer, Herbert/Leuschner, Vincenz/NETWASS Research Group (2015): *Krisenprävention in der Schule. Das NETWASS-Programm zur frühen Prävention schwerer Schulgewalt*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Scherr, Sebastian/Steinleitner, Anna (2015): Zwischen dem Werther- und Papageno-Effekt. In: *Der Nervenarzt*, 86, H. 5, S. 557-565.
- Schubarth, Wilfried (2000): *Gewaltprävention in Schule und Jugendhilfe: Theoretische Grundlagen, Empirische Ergebnisse, Praxismodelle*. Neuwied/Kriftel: Luchterhand.

- Schulze, Ulrike M.E./Voit, Anja K. (2013): Der suizidale Patient. In: Fegert, Jörg M./Kölch, Michael (Hrsg.): Klinikmanual. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 2. Auflage. Berlin/Heidelberg: Springer Medizin, S. 338-348.
- Schüz, Benjamin/Möller, Arnulf (2006): Prävention. In: Renneberg, B/Hammelstein P (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 143-S. -155.
- Sonneck, Gernot (Hg.) (1994): Krisenintervention und Suizidverhütung. Ein Leitfaden für den Umgang mit Menschen in Krisen. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage. Wien: facultas.
- Sonneck, Gernot/Kapusta, Nestor/Tomandl, Gerald (Hg.) (2016): Krisenintervention und Suizidverhütung. 3. Auflage. Wien: facultas.
- Statista (2019): Suizidrate in Europa nach Ländern. In: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/248379/umfrage/anzahl-der-suizide-in-ausgewaehlten-laendern-nach-geschlecht/> [12.12.2019].
- Steinhausen, Hans-Christoph (2010): Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 7., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. München: Elsevier GmbH.
- Steirische Statistiken (2017): Natürliche Bevölkerungsbewegung 2016. Vornamensstatistik 2016. In https://www.landesentwicklung.steiermark.at/cms/dokumente/12658765_142970621/6a481b75/Heft%209-2017%20Natürliche%20Bevölkerungsbewegung%202016-Internet.pdf [05.12.2019].
- Steirische Statistiken (2018): Natürliche Bevölkerungsbewegung 2017. Vornamensstatistik 2016. In: http://www.landesentwicklung.steiermark.at/cms/dokumente/12658765_142970621/3661923f/Heft%209-2018%20Natürliche%20Bevölkerungsbewegung%202017-Internet.pdf [05.12.2019].
- Steirische Statistiken (2019): Natürliche Bevölkerungsbewegung 2018. Vornamensstatistik 2018. In: http://www.landesentwicklung.steiermark.at/cms/dokumente/12658765_142970621/e9f316ad/Heft%206-2019%20Natürliche%20Bevölkerungsbewegung%202018%20-%20Internet.pdf [05.12.2019].

- Stiftung Deutsche Depressionshilfe (2016) (Hrsg.): Suizidprävention: Eine globale Herausforderung. In:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779-ger.pdf>
[26.11.2019].
- SUPRO – Werkstatt für Suchtprophylaxe (2017) (Hrsg.): Handbuch Suizidprävention für die 5. bis 13. Schulstufe. Früherkennung, Intervention, Prävention. In: <https://www.supro.at/medien/handbuch-suizidpraevention.pdf> [29.11.2019].
- Vlaschitz, Andreas (2008): Trends der Suizidmethoden in Österreich. Ein wichtiger Indikator in der Suizidprävention. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.
- Watzka, Carlos (2015): Suizide und ihre biopsychosozialen Bedingungsfaktoren. Epidemiologische Analysen auf Basis von Aggregat- und Individualdaten. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Wedler, Hans (2017): Suizid kontrovers. Wahrnehmung in Medizin und Gesellschaft. Stuttgart: Kohlhammer.
- WEIL-Weiter im Leben (o.J.): Angebote. In: <http://weil-graz.org/ueber-weil/angebote/>
[16.01.2020].
- Wolfersdorf, Manfred (2008): Suizidalität. In: Der Nervenarzt, 79, H. 11, S. 1319-1336.
- Wolfersdorf, Manfred/Etzersdorfer, Elmar (2011): Suizid und Suizidprävention. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wunderlich, Ursula (2004): Suizidales Verhalten im Jugendalter. Theorien, Erklärungsmodelle und Risikofaktoren. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle: Hogrefe-Verlag.
- Ziegler, Holger (2019): Prävention als sozialraumbezogenes Handlungsfeld. In: Kessler, Fabian/Reutlinger, Christian (Hrsg.): Handbuch Sozialraum. Grundlagen für den Bildungs- und Sozialbereich. 2. Auflage. Wiesbaden: Springer VS, S. 659-673.
- Zima, Maria (2012): Suizidalität: Zahlen und Fakten bei Kindern und Jugendlichen und Möglichkeiten zur Prävention. In: Unsere Jugend, 64, H. 10, S. 402-411.

8. TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Überblick über gewählte Methoden	13
Tabelle 2: Gruppen mit erhöhten Risiko für suizidales Verhalten (Wolfersdorf 2008, S. 1325).....	15
Tabelle 3: Stichprobe.....	60

9. ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Selbstmordrate in ausgewählten Ländern Europas nach Geschlecht im Jahr 2015 (Suizide je 100.000 Einwohner) (statista 2019, o.S.)	7
Abbildung 2: Verlauf der standardisierten Suizidraten (pro 100.000 EW) in Österreich 1980-2017 (BMASGK 2019, S. 12).....	8
Abbildung 3: Standardisierte Suizidraten (pro 100.000 EW) in den österreichischen Bundesländern und in Gesamtösterreich (5-Jahres-Durchschnitt 2013-2017) (BMASGK 2019, S. 16).....	9
Abbildung 4: Standardisierte Suizidraten (pro 100.000 EW; 5-Jahres-Durchschnitt 2013–2017) nach Altersgruppen (BMASGK 2019, S. 13)	11
Abbildung 5: Angewendete Suizidmethoden im Jahr 2017 nach Geschlecht, in Prozent (n = 1.224) (BMASGK 2019, S. 17).....	14
Abbildung 6: Das Krisenmodell (nach Wolfersdorf 2004, 1027) (Bründel 2004, S. 96)	25
Abbildung 7: Präventionsarten	35
Abbildung 8: Schema der Suizidprävention (Sonneck et al. 2016, S. 299)	45
Abbildung 9: Wahrnehmung suizidaler Krisen - Kategorien	64
Abbildung 10: Wahrnehmung suizidaler Krisen - äußere Anzeichen	66
Abbildung 11: Wahrnehmung suizidaler Krisen - Verhaltensauffälligkeiten	68
Abbildung 12: Wissen hinsichtlich suizidaler Krisen - Kategorien	78
Abbildung 13: Wissen hinsichtlich suizidaler Krisen - Schutzfaktoren	79
Abbildung 14: Wissen hinsichtlich suizidaler Krisen - Risikofaktoren	82
Abbildung 15: Wissen hinsichtlich suizidaler Krisen - Risikogruppen	84

Abbildung 16: Schulsozialarbeit und Suizidprävention - Kategorien	88
Abbildung 17: Schulsozialarbeit und Suizidprävention - Umsetzung suizidpräventiver Maßnahmen	88
Abbildung 18: Schulsozialarbeit und Suizidprävention - Möglichkeiten der Schulsozialarbeit.....	93
Abbildung 19: Schulsozialarbeit und Suizidprävention – Grenzen der Schulsozialarbeit	94
Abbildung 20: Schulsozialarbeit und Suizidprävention - suizidpräventive Organisationen	95
Abbildung 21: Wünsche der Schulsozialarbeiter und Schulsozialarbeiterinnen.....	98

10. ANHANG

Suizidale Krisen bei Schülern und Schülerinnen – präventive Möglichkeiten der Schulsozialarbeit

INTERVIEWLEITFADEN

Herzlichen Dank, dass Sie sich für dieses Interview Zeit nehmen. Im Rahmen meiner Masterarbeit untersuche ich die Wahrnehmung von suizidalen Krisen von Schülern und Schülerinnen und präventive Möglichkeiten seitens der Schulsozialarbeit. Hierfür führe ich ExpertInnen-Interviews durch. Ihre Daten werden vertraulich behandelt und anonymisiert!

Wahrnehmung suizidaler Krisen

1. Woran erkennen Sie, ob es einem Schüler/einer Schülerin schlecht geht?
 - a. Welche äußeren Anzeichen sind Ihrer Meinung nach relevant?
 - b. Welche Verhaltensauffälligkeiten sind für Sie bedeutsam?
 - c. Welche verbalen Äußerungen nehmen Sie wahr? Beispiele wären „ich mag/kann nicht mehr“ / „das Leben ist sinnlos“ o.Ä.)
 - d. Welchen Austausch führen Sie mit Lehrer/innen, um Information hinsichtlich Leistungsabfalls oder Schulschwänzens zu erhalten?
 - e. Inwieweit erkundigen Sie sich bei der/dem Betroffenen hinsichtlich Beziehungsproblemen? (Peers / Freunde und Freundinnen / Familie)
 - f. Inwieweit berücksichtigen Sie den Konsum von Alkohol und Drogen?
2. Wie verhalten Sie sich, wenn Sie einem Schüler/einer Schülerin begegnen, dem/der es Ihrer Auffassung nach schlecht geht?

Einschätzung der Suizidgefährdung

3. Inwieweit ist die Suizidgefährdung eines Schülers/einer Schülerin für Sie persönlich einschätzbar?
4. Inwieweit kann, Ihrer Meinung nach, ein Suizid vorhersagbar gemacht werden?

Wissen hinsichtlich suizidaler Krisen

5. Was verstehen Sie unter dem Begriff „suizidale Krise“?
6. Was könnten Schutzfaktoren für eine suizidale Krise sein?

7. Was könnten Risikofaktoren für eine suizidale Krise sein?
8. Welche Gruppen sind Ihrer Meinung nach besonders gefährdet?

Erfahrungen mit suizidalen Krisen

9. Erzählen Sie mir bitte von Ihren Erfahrungen mit suizidalen Krisen an Ihrer Schule.
 - a. Welche verbalen Äußerungen hat es bereits gegeben?
 - b. Wie sind Sie mit dieser Situation umgegangen?
 - c. Haben Sie bereits Erfahrungen mit einem Suizidversuch oder einem Suizid?
 - d. Nach welchem Plan wird in einer solchen Situation vorgegangen?

Schulsozialarbeit und Suizidprävention

10. Wie wird das Thema „Suizid“ im Rahmen Ihrer Tätigkeit, beispielsweise in Beratungen, Workshops etc., aufgegriffen?
 - a. Wie oft begegnet Ihnen das Thema?
 - b. Unter welchen Rahmenbedingungen greifen Sie das Thema auf? (Workshops, Beratungen, Infomaterial ...)
 - c. Wie genau wird dies gestaltet?
 - d. Wie fallen die Reaktionen seitens der Schüler/innen, Eltern und Lehrpersonen aus?
11. Wo sehen Sie Möglichkeiten seitens der Schulsozialarbeit, wenn es um die Thematisierung von Suizid geht?
12. Wo sehen Sie mögliche Grenzen?
13. Wie würden Sie ein konkretes Projekt zur Suizidprävention gestalten?
 - a. Welche Inhalte würden Sie als wichtig erachten?

Möglichkeiten zur Suizidprävention

14. Welche Möglichkeiten könnte es geben, die Suizidrate von Jugendlichen in der Steiermark zu verringern?
 - a. Inwieweit könnte die Aufklärungsarbeit an Schulen einen Einfluss haben?
15. Inwieweit sind Ihnen Organisationen bekannt, die Projekte zur Suizidprävention anbieten?
 - a. Welchen Austausch führen Sie mit diesen?
 - b. Erzählen Sie mir bitte von Ihren Erfahrungen mit diesen Organisationen!

Ängste/Bedenken seitens der Schulsozialarbeiter/innen

16. In meinem Praktikum habe ich die Erfahrung gemacht, dass oft Ängste und Sorgen bestehen, wenn es um Suizid und suizidale Krisen geht. Wie stehen Sie dazu?
17. Was würde Ihnen bei der Umsetzung von suizidpräventiven Maßnahmen helfen?
 - a. Was würden Sie sich wünschen?

Fort- und Weiterbildungen

18. Haben Sie grundsätzlich die Möglichkeit, jedes Jahr Fort- und Weiterbildungen zu besuchen?
19. Wie viele Stunden haben Sie für Fort- und Weiterbildung zur Verfügung?
20. Haben Sie bereits Weiterbildungen zum Thema „suizidale Krisen bei Jugendlichen“ gemacht?

Abschluss

21. Was würden Sie noch gerne ergänzen?