

# 4 Suizidprävention im beruflichen Umfeld

Karoline Lukaschek<sup>1</sup>, Wolfram Schulze<sup>2</sup>, Dominik Schlagintweit<sup>3</sup>, Maja Meischner-Al-Mousawi<sup>4</sup>,  
Friedrich M. Wurst<sup>5</sup>, Chris Paul<sup>6</sup>, Franciska Illes<sup>7</sup>, Sabine Fink<sup>8</sup>

1 PD Dr., Institut für Allgemeinmedizin, Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München

2 Prof. Dr., Hochschule Koblenz

3 Justizvollzugsanstalt Rohrbach, Psychologischer Dienst

4 Dr., Kriminologischer Dienst Sachsen, JVA Leipzig

5 PD Dr., Universität Basel, CH/AG Suizidalität und Psychiatrisches Krankenhaus

6 TrauerInstitut Deutschland, Bonn

7 Psychologische Psychotherapeutin in eigener Praxis, Bonn

8 Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin

**ZUSAMMENFASSUNG** Zu Suizid und Suizidprävention im beruflichen Kontext kann für die BRD festgehalten werden, dass es trotz einer Vielzahl von Berichten nur wenige wissenschaftliche Studien gibt. Auch das Problemfeld an sich bietet kein homogenes Bild: In einzelnen Berufsgruppen und Tätigkeitsfeldern (z. B. Polizei, Bundeswehr, Medizin, DB) werden Präventions-, Interventions- und Postventionsmaßnahmen elaboriert und praktiziert, in anderen Bereichen, wie Bildung und Wissenschaft oder auch Wirtschaft, fehlen weiterführende Erkenntnisse.

Gleichzeitig bieten gesetzliche Vorlagen wie das Präventionsgesetz oder die Betriebliche Wiedereingliederung passende Ansatzpunkte für entsprechende Maßnahmen. Ebenso könnte an bestehende Beratungs- und Interventionsangebote wie Betriebliche Sozialberatung und Psychosoziale Notfallversorgung angeknüpft werden. Die referierten Erkenntnisse aus nicht-deutschsprachigen Ländern bieten neben weiteren suizidologischen Erkenntnissen erfolgversprechende Lösungswege.

Flankiert und gestützt wird der folgende Bericht durch erste Erkenntnisse aus einer eigens zu diesem Zweck konzipierten empirischen Untersuchung für Deutschland.

Summarisch betrachtet sprechen die Ausführungen dafür, ein wissenschaftlich fundiertes Programm für eine umfassende Prävention von Suiziden im beruflichen Kontext zu entwickeln, zeitgleich das Ausmaß und den Umfang von Suizid und Suizidversuchen in Unternehmen auch in seinen Auswirkungen weiter interdisziplinär zu erforschen.

**SCHLÜSSELWÖRTER** *Suizidprävention, Suizid, berufliches Umfeld, Arbeitsplatz, Deutschland*

**ABSTRACT** Despite a multitude of reports, only few scientific studies exist regarding suicide and suicide prevention in the occupational context in Germany. The matter does not present a homogeneous picture: In individual occupational groups and fields of activity (e.g. police, armed forces, medicine, DB), prevention, intervention and postvention measures are elaborated and practised; in other areas such as education and science or enterprises, there is a lack of further insights.

At the same time, legal templates such as the Prevention Law (“Präventionsgesetz”) or the company reintegration programme (“Betriebliche Wiedereingliederung”) offer suitable starting points for corresponding measures. Existing counselling and intervention services such as company social counselling and psychosocial emergency care could be further extended. The reported findings from non-German-speaking countries, in addition to other suicidological findings, offer promising solutions.

The following report is flanked and supported by initial findings from an empirical study for Germany designed specifically for this purpose.

In summary, these findings argue for the development of a scientifically based programme for the comprehensive prevention of suicides in the occupational context and, at the same time, for further interdisciplinary research into the extent and scope of suicides and suicide attempts in companies, including their effects.

**KEY WORDS** *suicide prevention, suicide, professional environment, workplace, Germany*

# Einleitung

Nach vielfältigen Presseberichten über Suizidserien in französischen Industrie-Unternehmen<sup>2</sup> und amerikanischen wie europäischen Bankhäusern rücken nun auch Bedingungen am Arbeitsplatz und ihr Einfluss auf das Suizidrisiko in den Fokus der Forschung. Nach einem WHO-Bericht werden 90% der Suizide am Arbeitsplatz von Männern begangen, mit höheren Suizidraten in den höheren Altersgruppen (World Health Organization, 2006). Der arbeitsbedingte Suizid, in Japan als soziales Phänomen schon seit den späten 1980er Jahren bekannt (Amagasa, Nakayama & Takahashi, 2005), ist mittlerweile auch in Europa längst ein Thema (Lukaschek, Baumert & Ladwig, 2016a). Für Frankreich wird angenommen, dass bei knapp 11.000 Suizidfällen pro Jahr bis zu 4% auf Arbeitsüberlastung zurückzuführen sind. In Deutschland hingegen, wie auch in den meisten anderen europäischen Ländern, gibt es darüber keine Statistiken. Jedoch ist davon auszugehen, dass arbeitsbedingte Suizide weltweit auftreten: In den USA starben in den Jahren 2003 bis 2010 insgesamt 1.719 Menschen durch arbeitsplatzbedingten Suizid (Tiesman et al., 2015): Arbeitsplatzbedingte Suizidraten waren höher bei Männern (2,7 pro 1.000.000 Arbeitnehmer) als bei Frauen (0,2) und jenen im Alter zwischen 65 und 74 Jahren (2,4).

Im Allgemeinen geht man davon aus, dass Berufsgruppen mit leichtem Zugang zu Suizidmitteln (Drogen, Waffen) einerseits und einem hohen Stressfaktor andererseits ein besonders hohes Risiko für Suizid haben

(Skegg, Firth, Gray & Cox, 2010). Neben der Über(belastung am Arbeitsplatz gibt es bestimmte negative Arbeitsplatzbedingungen, die zu einem erhöhten Suizidrisiko beitragen können (Tabelle 4.1). In einer Longitudinalstudie mit fast 7.000 Probandinnen und Probanden und einer mittleren Follow-up-Zeit von 13 Jahren fanden Baumert et al. (2014), dass aversive chronobiologische (Überstunden, Schichtarbeit, Nachtschichten, Fließbandarbeit) und physische (Arbeiten am Bildschirm, körperlich anstrengende Arbeiten, gefährliche Arbeiten, Lärm, Schadstoffe, radioaktive Strahlung) Bedingungen im Vordergrund standen (Baumert et al., 2014). Daneben gilt es auch, mögliche psychische Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz zu berücksichtigen. Es lassen sich grob drei unterschiedliche Kategorien psychischer Belastungen am Arbeitsplatz unterscheiden (Tabelle 4.2):

1. allgemeine psychische Belastungen,
2. berufsspezifische psychische Belastungen (z.B. die Arbeit mit schwerkranken oder verletzten Personen im Krankenhaus, die Begleitung von Trauernden in der Seelsorge oder die Arbeit in Gefahrensituationen bei der Feuerwehr oder Polizei etc.),
3. besonders belastende Ereignisse (z.B. körperliche, verbale oder sexuelle Gewalt, Arbeitsunfälle, Großschadensereignisse, Suizide und Suizidversuche) (Illes, Jendreyshak, Armgart & Juckel, 2014).

Psychisch-mental	Physisch	Sozial
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Überforderung</li> <li>• Leistungs- und Zeitdruck</li> <li>• Angst vor Misserfolg und Kontrolle</li> <li>• Versagen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nacht- und Schichtarbeit</li> <li>• Überstunden</li> <li>• Schadstoffexposition</li> <li>• Harte körperliche Arbeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fehlende Anerkennung/Unterstützung</li> <li>• Negatives Betriebsklima, Mobbing</li> <li>• Konkurrenzdruck</li> <li>• Isoliertes Arbeiten</li> <li>• Angst vor Arbeitsplatzverlust</li> </ul>

**Tabelle 4.1:** Risikofaktoren für Suizid am Arbeitsplatz

<sup>2</sup> Unter dem Begriff „Unternehmen“ werden nachfolgend alle Wirtschafts- und Industriebetriebe sowie alle staatlichen Einrichtungen und Organisationen verstanden.

Allgemeine psychische Belastungsfaktoren	Berufsspezifische psychische Belastungsfaktoren	Besonders belastende Ereignisse
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sehr häufig</li> <li>• Kontinuierlich oder wiederkehrend</li> <li>• Keine Bedrohung für die körperliche oder seelische Unversehrtheit</li> <li>• Gewöhnliche Belastung</li> <li>• Arbeitsroutine wird beibehalten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gelegentlich</li> <li>• Wiederkehrend</li> <li>• Möglicherweise Bedrohung für die körperliche oder seelische Unversehrtheit</li> <li>• Besondere Belastung</li> <li>• Arbeitsroutine wird unterbrochen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selten</li> <li>• Plötzlich, unvorhersehbar</li> <li>• Bedrohung der körperlichen oder seelischen Unversehrtheit</li> <li>• Außergewöhnliche Belastung</li> <li>• Arbeitsroutine wird erheblich gestört</li> </ul>

Tabelle 4.2: Psychische Belastungsfaktoren im beruflichen Kontext (Illes et al., 2014)

Je nach beruflicher und privater Eingebundenheit einer Suizidentin oder eines Suizidenten schätzt man, dass sechs bis 135 Personen von einem Suizid mitbetroffen sind (Cerel et al., 2019). Hierzu zählen in erster Linie die nahestehenden Angehörigen sowie Freundinnen und Freunde oder Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen der durch Suizid Verstorbenen (Mitchell, Kim, Prigerson & Mortimer-Stephens, 2004), aber auch Einsatz- und Rettungskräfte, professionelle oder ehrenamtliche Helferinnen und Helfer und Bezugspersonen oder diejenigen, die eine Suizidentin oder einen Suizidenten auffinden (Lukaschek, Erazo & Ladwig, 2016b). Ein weiterer Aspekt sind Suizide von Pilotinnen und Piloten sowie Busfahrerinnen und Busfahrern, die mit ihren passagierbesetzten Maschinen Suizid begehen und somit eine hohe Anzahl von Mitnahmesuiziden verursachen.

Mitbetroffene, die im beruflichen Kontext einen Suizid erleben, müssen in solchen Situationen dennoch koordiniert handeln und relevante Aufgaben erledigen. Daher empfiehlt es sich in beruflichen Bereichen, in denen häufiger Suizide auftreten, bereits im Vorfeld entsprechende Unterstützungsmaßnahmen zu planen und geeignete Nachsorgeangebote für betroffene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Verfügung zu stellen (Illes et al., 2014). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass psychische Belastungen in ihrem Auftreten und ihrer Auswirkung auf einzelne Personen sehr unterschiedlich sein können (Bailley, Kral & Dunham, 1999). Für das Ausmaß der Belastung spielen verschiedene Faktoren, wie beispielsweise die Beziehung zu der Suizidentin oder dem Suizidenten, die Qualität und Häufigkeit des

Kontaktes oder die Umstände und Auswirkungen des Suizides auf die eigene Person, eine entscheidende Rolle (Andriessen, 2009).

Da der Arbeitnehmende viel Zeit am Arbeitsplatz verbringt, böte sich hier viel Raum für präventive Maßnahmen; einige dieser Präventionsmodelle werden im Folgenden vorgestellt. Suizidpräventionsprogramme am Arbeitsplatz bestehen hauptsächlich aus den in Tabelle 4.3 genannten Komponenten (Takada & Shima, 2010). Vorgesetzte und Führungskräfte spielen eine Schlüsselrolle in der Suizidprävention am Arbeitsplatz. Im Idealfall nehmen sie Vorbildfunktion wahr, pflegen einen partizipativen Führungsstil, kommunizieren mitarbeiterorientiert und sind geschult, Risikofaktoren von Suizid frühzeitig zu erkennen und den entsprechenden Mitarbeitenden darauf anzusprechen. Dabei sollen sowohl Faktoren, die durch Belastungen durch die Arbeit oder während der Arbeit entstehen, sowie solche, die durch außerberufliche Belastungen bedingt sind, berücksichtigt werden. Alle Mitarbeitenden im gesamten Arbeitsumfeld erfüllen eine Gatekeeper-Funktion; Gatekeeper sind für auffällige Verhaltensweisen sensibilisiert, können das akute Suizidrisiko einschätzen und abwenden, kennen Zeitfenster für besonders hohes Suizidrisiko (Entlassung, Degradierung) und wissen, an welche Institutionen sie die gefährdete Person übergeben können. Weitere protektive Faktoren sind: Kultur des Mitarbeitendenengagements und der Verbundenheit, Betonung der Teamarbeit; Kultur des Wohlbefindens, die psychische Gesundheit und Sicherheit der Mitarbeitenden schätzt, inklusive Zugang zu Versicherungen und psychischer Gesundheitsver-

sorgung; Informationsunterstützungssysteme (Buddy-Systeme)<sup>3</sup>.

Suizide am Arbeitsplatz bedürfen weiterer Forschung, um berufsspezifische Risikofaktoren zu verstehen und auf Studienbefunden beruhende Programme zu entwickeln, die in die Arbeitswelt integriert werden können. Verbesserungen im Arbeitsumfeld, insbesondere hinsichtlich chronobiologisch oder körperlich belastender Bedingungen, können eine wertvolle Strategie im Hinblick auf die Vermeidung suizidaler Handlungen von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern darstellen. Depressive Stimmungslagen wie auch die Annahme von Hilfsangeboten sind oft noch mit Stigmatisierung verbunden; deswegen ist es wichtig, durch Unternehmenspolitik und Briefing der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer Krankheiten wie auch hilfesuchendes Verhalten zu entstigmatisieren.

- Ausbildung und Training der einzelnen Mitarbeiterin bzw. des Mitarbeiters wie auch der Führungsebene, um das Wissen über Suizid, Risikofaktoren und Handlungsbedarf zu vertiefen
- Unterstützen eines sozialen Netzwerkes unter den Angestellten
- Kooperation von internen und externen Ressourcen, z. B. durch enge Zusammenarbeit zwischen Betriebsärzten, Allgemeinärzten und/oder Spezialisten
- Screening nach und Hilfsangebote für Risikopersonen
- Reduzierter Zugang zu den Suizidmitteln

**Tabelle 4.3:** Möglichkeiten zur Suizidprävention am Arbeitsplatz  
(Takada & Shima, 2010)

## 4.1 Relevante Akteurinnen und Akteure

Im betrieblichen Kontext ist die Anzahl der (potenziellen) Akteurinnen und Akteure in besonderer Weise von der betrieblichen Größe und damit auch von den zur Verfügung stehenden, relevanten Fachabteilungen abhängig. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass sich die Akteurinnen und Akteure aus dem Kreis der Mitarbeitenden, ggf. der Auszubildenden, der Führungskräfte/des Managements aller Levels, spezifischer Funktionstragender, wie Vertreterinnen und Vertretern der Personalabteilung, Vertreterinnen und Vertretern des Betriebsrats/Personalrats/der Mitarbeitendenvertretung, und ggf. aus weiteren internen und/oder externen Expertinnen und Experten aus den Bereichen Betriebsmedizin, Betriebliche Sozialarbeit/Gesundheitsförderung, Betriebliches Gesundheitsmanagement, Arbeitspsychologie und Arbeitssicherheit u. a. (z. B. Mitarbeitenden aus psychosozialen Bera-

tungsstellen und/oder von psychotherapeutischen Behandlungsanbieterinnen und Behandlungsanbietern) zusammensetzen. Darüber hinaus sind selbstverständlich im gegebenen Kontext Angehörige von suizidbetroffenen Personen wesentliche Beteiligte.

### 4.1.1 Arbeitsplatzbedingter Suizid: Welche Berufsgruppen sind besonders betroffen?

#### 4.1.1.1 Medizinische Berufe

Angehörige medizinischer Berufe sind im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung zwar gesünder und haben eine niedrigere Mortalitätsrate, weisen aber ein höheres Suizidrisiko auf (Lochthowe, 2008; Reimer & Trinkaus,

<sup>3</sup> [emresourcecenter.org/system/files/2018-08/Talking%20Points%20and%20Data%20Briefing-%20Suicide%20Prevention%20in%20the%20Workplace.pdf](http://emresourcecenter.org/system/files/2018-08/Talking%20Points%20and%20Data%20Briefing-%20Suicide%20Prevention%20in%20the%20Workplace.pdf)

2005; Schernhammer & Colditz, 2004). Ärztinnen und Ärzte haben einen leichten Zugang zu Medikamenten und das Wissen um die Wirkungen und Dosierungen der verschiedenen Medikamente und Giftstoffe. Dennoch benutzten in einer US-amerikanischen Studie nur 23,5% der an Suizid verstorbenen Ärztinnen und Ärzte Gift, während 48% von einer Schusswaffe gebraucht machten (Gold, Sen & Schwenk, 2013). Gründe für die erhöhte Suizidrate bei medizinischen Berufen sind erhöhte depressive Symptomatik (23–31% der Ärztinnen und Ärzte im ersten Jahr ihrer Assistenzarztzeit zeigen eine depressive Symptomatik gegenüber 15% der gleichaltrigen Allgemeinbevölkerung), wobei Medizinerinnen besonders depressionsgefährdet sind. Dafür werden die extrem hohe Arbeitsbelastung, die Erschöpfung aufgrund von Überstunden und Schlafmangel sowie die soziale Isolation aufgrund mangelnder Freizeit verantwortlich gemacht. Die ständige Konfrontation mit Leiden und Tod bei gleichzeitigem Bewusstsein der Grenzen ärztlichen Handelns, der erhöhte Stresslevel und eine Burnout-Symptomatik bringen Ärzte an den Rand der Belastungsfähigkeit.

**23–31%** der Ärztinnen und Ärzte im ersten Jahr ihrer Assistenzarztzeit zeigen eine depressive Symptomatik gegenüber **15%** der gleichaltrigen Allgemeinbevölkerung.

#### 4.1.1.2 Land- und Forstwirtschaft

Die Berufsgruppen, die in der Land- und Forstwirtschaft sowie in der Fischerei tätig sind, sind einem wesentlich höheren Suizidrisiko im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ausgesetzt (Behere & Bhise, 2009; Tiesman et al., 2015). Rund 50% der Suizide in dieser Gruppe wurden mit Waffen verübt, gefolgt von Erhängen. Faktoren, die außer der Verfügbarkeit der Mittel gerade in dieser Berufsgruppe zu einem erhöhten Suizidrisiko beitragen, sind u.a. die ständige Gefahr des Wegfalls der identitätsstiftenden Lebensgrundlage durch finanzielle oder wirtschaftliche Krisen, soziale Isolation, Überarbeitung,

chronische Krankheiten oder Depression und psychische Störungsbilder, ausgelöst durch Pestizide (Stallones & Beseler, 2002; Tiesman et al., 2015).

#### 4.1.1.3 Polizei

Die Datenlage zur Prävalenz von Suiziden bei Polizeibeamtinnen und Polizeibeamten ist widersprüchlich: Entweder zeigt sich ein geringer bzw. kein Unterschied oder aber eine erhöhte Suizidrate im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Die unterschiedlichen Ergebnisse können zum einen durch den gewählten Beobachtungszeitraum (die Suizidraten in einem kürzeren Zeitraum waren signifikant höher) zustande kommen, zum anderen gibt es starke regionale Unterschiede (in Europa und den USA sind die Raten höher als in Asien) (Loo, 2003). Für die Polizeien von Bund und Ländern gibt es für einige wenige Bundesländer/Behörden Informationen zu Suizidalität von Polizeibeamtinnen und Polizeibeamten, diese lassen sich aber nur schwer recherchieren (z.B. Die Welt, 28.06.15). Über die Gründe kann nur spekuliert werden: Anzunehmen ist, dass neben potenziellen Belastungen, die der Berufsalltag von Polizistinnen und Polizisten mit sich bringt, Risikofaktoren für suizidales Verhalten, wie beispielsweise psychische Erkrankungen (v.a. Depressionen, Alkoholismus, Essstörungen) oder traumatisierende Lebenskrisen (v.a. Beziehungskonflikte, -trennung und Ehescheidung, Disziplinarverfahren oder Suspendierungen), das berufsbedingt vorliegende Suizidrisiko (Polizistinnen und Polizisten sind Waffenträgerinnen und Waffenträger!) potenzieren.

#### 4.1.1.4 Streitkräfte

Historisch betrachtet liegen die Suizidraten bei Angehörigen der Streitkräfte unter denen der Allgemeinbevölkerung. Allerdings stiegen bei den Streitkräften der USA die Suizidraten kurz nach der Operation Iraqi Freedom im Jahr 2003 an und übertreffen seit 2008 die der Allgemeinbevölkerung trotz zahlreicher Präventionsprogramme (Nock et al., 2013). Für Streitkräfte anderer Nationen ist ein vergleichbarer Anstieg der Suizidraten nicht bekannt.

Insbesondere für die deutschen Streitkräfte zeigte sich auch in den vergangenen zehn Jahren keine signifikante Zunahme suizidalen Verhaltens. Bisher wurde kein höheres Suizidrisiko durch die Teilnahme an Auslandseinsätzen bei den deutschen Streitkräften nachgewiesen (G. Willmund et al., 2019). Suizide von Veteranen treten in den USA häufiger auf als zu erwarten, wenn diese nicht im Veteranen Affairs System versorgt werden (Hoffmire, Kemp & Bossarte, 2015). Auch hier ist ein vergleichbarer Trend in anderen Streitkräften nicht zu beobachten.

#### 4.1.1.5 Managerin und Manager/ Bankerin und Banker

Trotz der Berichte über Suizidfälle in Großbanken und Kapitalunternehmen (Die Welt 31.03.14) und des extremen Leistungsdrucks in der Finanzbranche (Focus, 19.06.15) gibt es kaum valide Untersuchungen zur Suizidprävalenz unter Managerinnen und Managern sowie Bankerinnen und Bankern. Studien zeigen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein geringeres Suizidrisiko (Milner, Spittal, Pirkis & LaMontagne, 2013; Tiesman et al., 2015).

#### 4.1.2 Beispiele laufender Aktivitäten zur Suizidprävention

Aktuell gibt es keine einheitlichen und generell systematisierten Aktivitäten zur Suizidprävention im beruflichen Kontext in Deutschland. Es lassen sich jedoch branchenspezifische Aktivitäten und Einzelmaßnahmen von Unternehmen herausstellen, beispielsweise im Rahmen von Betrieblichem bzw. Behördlichem Gesundheitsmanagement (BGM), Betrieblicher Sozialarbeit oder Psychosozialer Notfallversorgung (PSNV).

##### *Betriebliches Gesundheitsmanagement*

Gemäß eines Faktenblattes des BKK-Dachverbandes ist BGM folgendermaßen definiert:

- BGM ist die bewusste Steuerung und Integration aller betrieblichen Prozesse mit dem Ziel der Erhaltung und Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Beschäftigten.

- BGM bezieht Gesundheit in das Leitbild, in die Führungskultur, in die Strukturen und in die Prozesse der Organisation ein.
- BGM betrachtet die Gesundheit der Beschäftigten als strategischen Faktor, der Einfluss auf die Leistungsfähigkeit, die Kultur und das Image der Organisation hat.

##### *(Betriebskrankenkassen, o.J.)*

Unter BGM versteht man die systematische und nachhaltige Gestaltung von gesundheitsförderlichen Strukturen und Prozessen sowie die gesundheitsförderliche Befähigung von Beschäftigten (Giesert, 2012). Grundlagen sind gesetzliche Regelungen, die den folgenden drei Handlungsfeldern zuzuordnen sind:

- Umfassender Betrieblicher Arbeitsschutz
- Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)
- Betriebliche Gesundheitsförderung

Hier müssen suizidpräventive Strategien einbezogen bzw., falls vorhanden, verbessert werden (z. B. durch Schulungen).

##### *Betriebliche Sozialarbeit*

Aufgrund seiner spezifischen Aufgaben ist Betriebliche Sozialarbeit, sofern in der Organisation angeboten, ein Bestandteil des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Die wesentlichen Angebote und Aufgaben Betrieblicher Sozialarbeit lassen sich in Anlehnung an Blemenschütz (Blemenschütz, 2010) und Baumgartner (Baumgartner, 2010) wie folgt konkretisieren:

- Beratung von Mitarbeitenden, Auszubildenden, nächsten Angehörigen und zum Teil pensionierten Mitarbeitenden zu persönlichen, familiären, wirtschaftlichen und gesundheitlichen Fragestellungen inkl. Suchtberatung
- Konfliktberatung, -moderation, zum Teil Mediation
- Fachberatung von Ausbilderinnen und Ausbildern sowie Führungskräften zu Kommunikationsverhalten, Schlüsselqualifikationen, Suchtprävention u. a.
- Krisenintervention und Notfallhilfe bei Dekompensation am Arbeitsplatz, Todesfall, beruflichen Krisen u. a.



- Case-Management im Rahmen von Betrieblichem Eingliederungsmanagement, Betrieblicher Suchthilfe u. a.
- Information und Aufklärung bzw. Seminare und Schulungen zu Präventionsthemen wie Abhängigkeiten, Verschuldung, Burnout-Prophylaxe
- Interne und externe Vernetzungsarbeit zu anderen Hilfeanbietern, Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartnern, Fachstellen usw. inkl. Vermittlungstätigkeiten
- Teamentwicklungsmaßnahmen, insbesondere in konfliktträchtigen Zusammenhängen
- Beratung bei Umstrukturierungen, Begleitung von Change-Prozessen
- Mitarbeit bei sozial relevanten, internen und kooperativen externen Projekten wie Betriebsvereinbarungen, Kinderbetreuung, Angeboten zur Unterstützung bei der Pflege von Angehörigen u. a.
- Beratung der Geschäftsleitung zu sozialen Themen wie z. B. dem Umgang mit psychomentalen Belastungen, betrieblicher Kulturarbeit
- Öffentlichkeitsarbeit

Eine gesetzliche Verankerung der Betrieblichen Sozialarbeit (inkl. Employee Assistance Programme) ist bis heute nicht gegeben. Demzufolge ist Betriebliche Sozialberatung nach wie vor ein freiwilliges Angebot der jeweiligen Organisation, das sich jedoch sozialethisch und ökonomisch begründen lässt sowie einen Wachstumsmarkt darstellt (Schulze, 2014). Die betrieblichen Sozialberaterinnen und -berater können in der Organisation selbst bzw. bei einem externen Beratungsunternehmen angestellt oder freiberuflich bzw. selbstständig tätig sein (Schulze, 2020). Seit der Charta zur Gesundheitsförderung (WHO, 1986) und dem neuen Präventionsgesetz (SGBV, 2019) verstärkte sich das Engagement für Prävention und Gesundheitsförderung unter anderem durch Betriebliche Sozialarbeit in den Unternehmen.

Hierzu sind interne und externe Kooperationen verschiedener, relevanter Berufsgruppen (z.B. Ärztinnen und Ärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Sozialberaterinnen und -berater) und betrieblicher Funktionstragender (z.B. Führungskräfte, Mitarbeitende der Personalabteilung und des Betriebsrats) notwendig bzw. ausschlaggebend.

Interventionen nach Suiziden oder Suizidversuchen und bei bestehender Suizidalität sowie Aufklärungs- bzw. Präventionsarbeit in Form von Schulungen von Führungskräften, Kolleginnen und Kollegen sowie anderen betrieblichen Akteurinnen und Akteuren gehören zur Praxis betrieblicher Sozialarbeit (Jäppelt & Görcke, 2009). Sie entspricht damit den unter den Punkten 1–4 genannten Möglichkeiten der Suizidprävention, siehe Tabelle 4.3.

Dass Betriebliche Sozialarbeit in diesen Bereichen wirkungsvoll agiert, zeigen zum einen viele Praxiserfahrungen. Zum anderen ist aus empirischen Studien bekannt, dass Suizide durch Betriebliche Sozialberatung verhindert werden konnten (Schulze, 2009, 2020). Weiterführend beschreiben Schulze & Botek auf dem Hintergrund einer quantitativen Studie, dass, wie und auf welchem Qualifikationshintergrund Betriebliche Sozialberatung gerade bei psychischen Belastungen und psychischen Erkrankungen im Arbeitskontext (suizid-) präventiv agiert, hilfeschendes Verhalten unterstützt, konkret interveniert und damit zur Entlastung relevanter Akteurinnen und Akteure sowie zur Entstigmatisierung beiträgt (Schulze & Botek, 2017).

### *Psychosoziale Notfallversorgung*

Die Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) ist kein spezifisches Angebot, das sich auf suizidale Handlungen bzw. Suizidprävention im betrieblichen Kontext bezieht (BBK, 2011). Aus zwei wichtigen Gründen sei jedoch folgend kurz näher darauf eingegangen. Erstens gibt es besonders bei Kleinunternehmen, Kleinunternehmen und mittelständischen Unternehmen häufiger als bei Großunternehmen kein adäquates Angebot für die Unterstützung in Notlagen (z. B. Suizid bzw. Suizidversuch im Unternehmen). Zweitens hat sich der Einsatz von PSNV-Vertretenden bei einem Suizid in Kombination mit der Alarmierung von Polizei und ärztlichem Notfalldienst in der Praxis weitgehend etabliert.

Die PSNV nimmt eine Sonderfunktion ein, da sich PSNV-Handlungsfelder nicht per se auf Ereignisse im beruflichen Umfeld beziehen. Die psychosozialen Kriseninterventions- und Unterstützungsangebote der PSNV richten sich an Überlebende, Angehörige, Hinterbliebene, Ersthelfende und Vermissende (PSNV-B) so-



wie an Einsatzkräfte von sogenannten „Blaulichtorganisationen“ wie beispielsweise der Polizei, Feuerwehr oder dem (Notärztlichen) Rettungsdienst (PSNV-E). Im Hinblick auf die Suizidprävention lässt sich konstatieren, dass PSNV-Maßnahmen grundsätzlich keine langfristige Begleitung der Bedarfsträger (z. B. Suizidhinterbliebene, Suizidüberlebende) vorsieht, sondern auf entsprechende weiterführende Stellen verweist. Mitarbeitende im medizinischen und psychosozialen Bereich müssen als Hinterbliebene nach Suizid, ähnlich wie bei erlebter fremdaggressiver Gewalt, der Berufsgenossenschaft für Gesundheit und Wohlfahrtspflege gemeldet werden, wenn die Kriterien für eine Unfallanzeige erfüllt sind.

#### *Krisennachsorge am Beispiel des Justizvollzuges*

Die potenzielle Bedrohung der eigenen körperlichen oder seelischen Unversehrtheit gehört zum Arbeitsalltag der Mitarbeitenden des Justizvollzugs. Die hohe psychische Belastung bei der Arbeit mit Inhaftierten und die gravierenden Auswirkungen, wie z. B. Krankenschreibungen bis hin zu Frühpensionierungen, von besonderen Vorkommnissen (z. B. Übergriffe, Meutereien, Brandfälle, Todesfälle oder Suizide) haben Justizverwaltungen dazu bewogen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verschiedenster Professionen auszubilden und in Krisennachsorgeteams tätig werden zu lassen. Das erste Krisennachsorgeteam wurde 1997 in Niedersachsen ins Leben gerufen. Mittlerweile verfügen fast alle Bundesländer über ein Krisennachsorgeteam und finanzieren dieses auch selbst. Zu den Zielen der Krisennachsorge gehören die Erstversorgung, psychische und physische Stabilisierung, die Beratung zu fortführenden Behandlungsmöglichkeiten sowie Aufklärung über und Entgegenwirken gegen mögliche Folgeerkrankungen nach einem traumatischen Ereignis. Laut Definition der Einsatzziele der Teams gehören Suizide von Mitarbeitenden nicht dazu, außer wenn sich der Suizid in der Dienststelle ereignet.

#### *Gesundheitsfürsorge am Beispiel des Beratungszentrums für Bedienstete des sächsischen Justizvollzuges*

Im sächsischen Justizvollzug wurde 2015 ein Beratungszentrum für Bedienstete des sächsischen Justizvollzuges gegründet. In diesem sind zwei hauptamtli-

che Beraterinnen und Berater, davon eine ausgebildete Supervisorin, tätig. Sie stehen den Bediensteten in Krisenfällen, bei Konflikten sowie zur Teamentwicklung zur Verfügung und bieten Einzel- und Teambesprechung/-Supervision an. Sie können bei Bedarf, dazu würde auch ein Suizid einer Kollegin oder eines Kollegen zählen, hinzugezogen werden. Darüber hinaus besteht auch immer die Möglichkeit, nach besonderen Vorfällen eine Teamsupervision bei einer externen Supervisorin oder eines Supervisors durchzuführen.

Die Konzeptionen des Beratungszentrums und der unter verschiedenen Polizeidiensten etablierten Personalberatungsstellen sind an die der Betrieblichen Sozialarbeit angelehnt (vgl. vorangegangene Ausführungen). Zum Teil werden gerade in Behörden und Verwaltungen für vergleichbare Angebote Bezeichnungen wie Gesundheitsberatung und Mitarbeiterberatung verwendet.

### **4.1.3 Beispiele laufender Aktivitäten zur Suizidprävention, bestimmte Berufe und Branchen**

#### **4.1.3.1 Polizei**

Die Polizei in Deutschland ist Ländersache sowie auf der Ebene des Bundes anzusiedeln, d. h. es existieren Polizeien von Bund (Bundespolizei, Bundeskriminalamt, Polizei beim Deutschen Bundestag) und Ländern (BW, BY, BE, BB, HB, HH, HE, MV, NI, NW, RP, SL, SN, ST, SH, TH).

Nach inhaltlicher Auswertung von Stellungnahmen auf Anfragen von Abgeordneten beim Deutschen Bundestag (Deutscher Bundestag, 2017) bzw. Landtagsanfragen (Bayerischer Landtag, 2011, 2015; Landtag Nordrhein-Westfalen, 2013, 2016; Landtag Rheinland-Pfalz, 2001; Landtag Baden-Württemberg, 2003, 2004) sowie einem Beitrag in der Zeitschrift „Deutsche Polizei“ (Hestermann, 2006) halten die Polizeien von Bund und Ländern grundsätzlich im Rahmen ihrer Fürsorgepflicht Konzepte, Angebote und Maßnahmen zur Suizidprävention für ihre Beschäftigten vor. Darüber hinaus wird ggf. auch Suizidpostvention für Angehörige von Polizeibeschäftigten, die sich suizidierten, angeboten. Suizi-

dalität, Suizidprävention und Suizidvorsorge sind wichtige Themen für zentrale Tätigkeitsfelder in der polizeilichen Praxis und der Polizeiwissenschaft (Fischbach, Lichtenthaler & Fink, 2020). Suizidpostvention (Meyer, 2021) und weitere Aktivitäten zur Suizidprävention einzelner Länderpolizeien finden statt (Fiedler, Schneider, Lindner, Rauchfuß & Müller-Pein, 2019).

Exemplarisch wird im Folgenden die Suizidprävention der Berliner Polizei dargestellt.

Suizidprävention in der (Berliner) Polizei hat die Zielsetzung „[Polizei]Psycholog\*innen und Polizist\*innen für dies Thema zu sensibilisieren, [... anzustoßen], dass Mitarbeiter\*innen sich in ihrer Polizeiorganisation dafür einsetzen, Maßnahmen zur Suizidprävention zu ergreifen“ (Gerlach, Sticher & Volz, 2020). Mittels einer interdisziplinären ständigen Arbeitsgruppe zum Thema Suizidprävention der Berliner Polizei, die wiederum aktiv in der o.g. (polizeiinternen) ständigen Arbeitsgruppe der Polizei von Bund und Ländern vertreten und vernetzt ist, wurden Voraussetzungen und Umsetzungsschritte zur Implementierung einer wirksamen Suizidprävention in der Polizeiorganisation erarbeitet. Demnach setzt „Suizidprävention in der hierarchischen Organisation der Polizei und der damit einhergehenden Kultur“ eine bilaterale Herangehensweise voraus: Bottom-up (Peer support; Ebene der Kolleginnen und Kollegen) und Top-down (Führungsebene).

Neben basalen Maßnahmen der Suizidprävention, wie beispielsweise Wissensvermittlung in Aus- und Fortbildung (aller) Polizistinnen und Polizisten beinhaltet die Bottom-up Herangehensweise elementare Bausteine: Aufmerksamkeit, Ansprechen, Weiterleiten an professionelle Hilfe. Weiterhin wird in einem Handlungsschema detailliert Peer Support beschrieben sowie in kurz- (Anzeichen erkennen und frühzeitig intervenieren), mittel- (Umdenkprozesse und offener Umgang bzgl. psychischer Probleme u./o. Störungen) und langfristige Ziele (positive Veränderung der Organisationskultur) differenziert (ebd., S. 74). Im Rahmen der Top-down-Herangehensweise zur Suizidprävention wird Führungskräften ein Handlungsleitfaden (Sticher, 2019) zur Verfügung gestellt. Darin sind Handlungsschritte einer Führungskraft im Umgang mit einem suizidalen

Mitarbeitenden in u.g. Überschriften ausführlich und konkret beschrieben:

1. Schritt: Sensibilisierung für beobachtbare oder von anderen mitgeteilte Veränderungen
2. Schritt: Vorbereitung der Führungskraft auf das Gespräch, Selbst- und Rollenklärung
3. Schritt: Gespräch vereinbaren und filtern

Neben bisherigen Maßnahmen zur Suizidprävention in der Berliner Polizei, wie beispielsweise Erstellung eines Flyers „Suizidgedanken? Es gibt Hilfe!“, Durchführung eines Thementags zur Suizidprävention (s.o. Aktivitäten einzelner Länderpolizeien), Fortbildungsangebot für Führungskräfte im Umgang mit Suizidalität von Mitarbeitenden, Entwicklung eines Meldebogens, Entwicklung eines Statistikbogens bei Suiziden und Suizidversuchen, Einrichtung einer Intranetseite zum Thema Suizidprävention, sind weitere Maßnahmen und Aktivitäten der Arbeitsgruppe der Berliner Polizei geplant: Entwicklung einer App „Suizidprävention“ und einer Online-Schulung für das Diensthandy sowie die Weiterentwicklung der Betrieblichen Eingliederungsmanagement-Schulung (BEM) (Gerlach et al., 2020).

#### 4.1.3.2 Deutsche Bahn

Das Erleben eines Schienensuizids stellt für die betroffenen Lok- bzw. Triebfahrzeugführenden, Zugbegleiterinnen und Zugbegleiter, Reisenden sowie Zeuginnen und Zeugen eine besondere Belastungssituation dar (Ladwig & Lukaschek, 2016). Statistisch gesehen erleben Lokführerinnen und Lokführer in ihrem Berufsleben etwa zwei Suizide (Statistisches Bundesamt, 2015). Die Deutsche Bahn (DB) bietet Lokführerinnen und Lokführern sowie Mitarbeitenden, die Opfer von beruflich bedingter Traumatisierung werden, ein umfassendes Betreuungsprogramm an, um möglichen Traumafolgestörungen entgegenzuwirken. Betroffene Mitarbeitende erfahren umfassende Hilfe durch ein Team von in psychischer Erster Hilfe geschulten Kolleginnen und Kollegen. Das Programm selbst besteht aus den Modulen Prävention, Maßnahmen in der Akutsitua-

tion, Maßnahmen in der Nachsorge, Unterstützung der Wiedereingliederung am Arbeitsplatz (Deutsche Bahn, 2017). Die Prävention ist sowohl Teil der Ausbildung als auch des Fortbildungsunterrichts. Triebfahrzeugführerinnen und Triebfahrzeugführer sowie Zugbegleiterinnen und Zugbegleiter bei der DB werden durch ein Team von Psychologinnen und Psychologen geschult, wie sie mit belastenden Ereignissen umgehen können.

Geschult werden auch diejenigen, die im Not- oder Krisenfall in direktem Kontakt zu den Lokführerinnen und Lokführern stehen. Zum einen sind das Ersthelfende, Notdienste, Disponentinnen und Disponenten, Leitstellenmitarbeitende. Zum anderen bildet die DB auch Vorgesetzte, Personalverantwortliche und kollegiale Laienhelfende fort, die als „Vertrauensleute“ ihren Kolleginnen und Kollegen als Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner zur Verfügung stehen. Nach traumatischen Ereignissen werden betroffene Mitarbeitende vor Ort unmittelbar von einer Notfallmanagerin oder einem Notfallmanager bzw. durch Personal für die psychologische Erste Hilfe professionell betreut. Lokführerinnen und Lokführer werden bei Personenunfällen ausnahmslos von einer Kollegin oder einem Kollegen abgelöst und nach Hause begleitet. Sie sollen solange außer Dienst bleiben, bis die aus dem Ereignis resultierenden Belastungsreaktionen abgeklungen sind. Bei den ersten Fahrten nach dem Wiedereintritt in den Dienst haben die Lokführenden die Möglichkeit, sich von Gruppenführenden, einer Vertrauensperson oder einer Psychologin bzw. einem Psychologen begleiten zu lassen. Ziel der intensiven Nachbetreuung ist es auch, die Risiken für eine mögliche PTBS zu verringern. Betroffene werden dazu individuell von Ärztinnen und Ärzten bzw. Psychologinnen und Psychologen beraten, um Spätfolgen vorzubeugen und um die bei Therapiebedarf geeigneten externen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu vermitteln.

Direkt und indirekt betroffenen Mitarbeitenden steht bei einem Schienensuizid außerdem ergänzend die professionelle Unterstützung durch speziell geschulte Beratende des Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiter-Unterstützungsteams (MUT) zur Verfügung (Deutsche Bahn, 2017).

Bei größeren Ereignissen, die auch Reisende betreffen, kümmert sich der Betreuungsdienst CareNet der DB noch am Ereignisort um Fahrgäste, die verunglückt, aber unverletzt geblieben sind. Die CareNet-Teams umfassen bundesweit rund 1.300 freiwillige Bahnmitarbeitende sowie Psychologinnen und Psychologen (Deutsche Bahn, 2017).

#### 4.1.3.3 Therapeutinnen- und Therapeutenreaktionen auf den Suizid einer Patientin oder eines Patienten

Der Verlust einer Patientin oder eines Patienten durch Suizid ist ein bedeutsamer Stressor, der häufig von Professionellen aus dem psychosozialen Bereich während des Berufslebens erlebt wird (Vogel, Wolfersdorf & Wurst, 2001) (Hendin, Lipschitz, Maltsberger, Haas & Wynecoop, 2000). Studien, die den Einfluss eines Patientensuizids auf Therapeutinnen und Therapeuten untersucht haben, lassen aber keine eindeutige Aussage über die Auswirkungen des Patientinnen- oder Patientensuizids auf das therapeutische/medizinische Personal zu (Dransart, Gutjahr, Gulfi, Didisheim & Seguin, 2014; Wallace, Lemaire & Ghali, 2009; Wurst et al., 2013).

Suizid war im Jahr 2014 mit **27,5 %** die häufigste Todesursache von aktiven Bundeswehrsoldatinnen und Bundeswehrsoldaten.

#### 4.1.3.4 Bundeswehr

Beim Suizidverhalten von Soldatinnen und Soldaten werden in der Literatur oft drei verschiedene Gruppen von Soldatinnen und Soldaten gesondert untersucht. Soldatinnen und Soldaten, die aus dem aktiven Dienst ausgeschieden sind und an Kampfhandlungen teilgenommen haben (Veteraninnen und Veteranen), Soldatinnen und Soldaten, die noch dienen und an Einsätzen teilgenommen haben (Kampfeinsätze und/oder UNO-Missionen) sowie aktive Soldatinnen und Soldaten.

Willmund et al. (2016) berichten, dass Suizid mit 27,5 % die häufigste Todesursache von aktiven Bundeswehrsoldatinnen und Bundeswehrsoldaten im Jahr 2014 war. Unterschiedliche Qualifikationen (Militärpolizei, Infanterie usw.) und Dienstgrade erschweren eine einheitliche Aussage.

Mithilfe der Militärseelsorge und des Psychologischen Dienstes sowie weiterer umfassender Betreuung versuchen die Dienstherren, den Menschen in Notlagen zu helfen. Dennoch stellen die subjektiven öffentlichen, strukturellen und internalen Stigmatisierungsaspekte bei psychischen Erkrankungen und Suizidalität immer noch eine stabile Behandlungsbarriere dar. Mehr als 3.500 Angehörige der Bundeswehr begingen seit 1957 Suizid, die meisten davon in den 70er und 80er-Jahren. Seit Mitte der 90er-Jahre sind die Suizide bei Angehörigen der Bundeswehr konstant rückläufig. Mit Stand 28. Januar 2019 wurden im Meldewesen Innere und Soziale Lage der Bundeswehr für das Jahr 2018 insgesamt 20 Verdachtsmeldungen über Suizide von Angehörigen der Bundeswehr gemeldet (Bundesministerium der Verteidigung FüSK III (1), 2019).

Suizide im militärischen Kontext sind als Folge eines multifaktoriellen Geschehens aufzufassen. Eine grundsätzliche Verbindung zwischen Auslandseinsatz oder posttraumatischer Belastungsstörung und Suizid scheint nicht zu bestehen; auch bei Soldaten treten Suizide im Rahmen von psychischen Erkrankungen, vor allem bei Depressionen, häufiger auf (Willmund et al., 2016). Ein sinnvoller Ansatz zum Verständnis von Suizidalität, auch im Hinblick auf präventive Konzepte bei den Streitkräften, scheint zu sein, aktuelle Lebensereignisse in ihrem Zusammenwirken mit persönlichen Faktoren wie persönlichkeitsstrukturellen Defiziten, Selbstwertkrisen oder existenziellen Ängsten zu betrachten, die dann eine depressive, gegen sich selbst gerichtete Verarbeitungsweise nach sich ziehen können.

#### 4.1.3.5 Seefahrende

Im Bereich der Schifffahrt steht als „Suizidmittel“ der Sprung ins Meer ohne Hindernisse zur Verfügung. Daher ist es auch nicht überraschend, dass 80% der

Suizide auf hoher See durch selbst verschuldetes Ertrinken verübt werden (Roberts & Marlow, 2005; Wickstrom & Leivonniemi, 1985). Bei Suiziden von Seeleuten sind die Todesumstände oft unklar; allerdings wird davon ausgegangen, dass die meisten Fälle von unklarem Über-Bord-gehen durch Suizid verursacht wurden. In vielen Fällen sind Crew und Mitreisende verstört; durch persönliche Gespräche und E-Mail-Kommunikation versuchen Mitarbeitende der Seemannsmissionen, die seelischen Nöte für die Zurückgebliebenen an Bord zu lindern (Schleich, 2021).

**80 %** der Suizide auf hoher See werden durch selbst verschuldetes Ertrinken verübt.

Es ist unklar, ob Suizide unter Seeleuten häufiger sind als bei der Landbevölkerung. Studien aus Deutschland gibt es zu diesem Problemfeld nicht. Allerdings lassen sich viele Risikofaktoren für Suizid sowie besondere Stressfaktoren besonders auf die Situation von Seeleuten übertragen, z. B. (Mellbye & Carter, 2017): „Männerhandwerk“, Isolation, lange Trennung von der Familie sowie Freundinnen und Freunden, fehlende Möglichkeiten zum Gespräch, Schlafmangel, finanzielle Sorgen, Mangel an Freizeitmöglichkeiten und Sport, Alkohol, Spannungen in der Crew, traumatische Erlebnisse durch Verletzungen, Flüchtlingsrettung, Piraterie, Havarie, familiäre Krisen. Soziale Unterstützung und Gespräch durch Angehörige, medizinische Hilfe oder Angebote wie die Telefonseelsorge stehen an Bord oft nicht zur Verfügung. Präventionsprogramme müssen darauf abzielen, die Seeleute zu schulen, Suizidalität zu erkennen und auch konkret anzusprechen sowie Vorurteile abzubauen.

#### 4.1.3.6 Künstlerinnen und Künstler

Künstlerische Berufe scheinen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung eine erhöhte Suizidalität aufzuweisen (Lochthowe, 2008; Stack, 1997). Für Künstlerinnen und Künstler wird in der Literatur ein deutlich im Vergleich zur entsprechenden Bevölkerung erhöhtes Vor-

kommen von Depressionen, Alkoholismus und anderen psychischen Erkrankungen beschrieben (Post, 1996; Preti & Miotto, 1999; Stack, 1997). Weitere Risikofaktoren können die finanzielle Unsicherheit, in und mit der viele Künstlerinnen und Künstler leben müssen, die mangelnde Anerkennung für das geschaffene Werk und die soziale Isolierung, die manche Künstlerinnen und Künstler wählen, sein. Für die genannten Punkte sind den Autorinnen und Autoren keine Studien aus Deutschland bekannt.

#### 4.1.3.7 Geistliche

Das Verhältnis von Glauben zu Suizid ist vielfach untersucht worden, daher überrascht es, dass es nur sehr wenige Untersuchungen über das Suizidrisiko von Geistlichen gibt (Lochthowe, 2008). Kaplan (1988) stellte unter römisch-katholischen Priestern eine unterdurchschnittliche Suizidrate fest (Kaplan, 1988). Ob dies mit der moralischen Beurteilung des Suizids als Sünde oder mit den sozialen Netzen, die Glaubensgemeinschaften bieten, zu tun hat, kann nicht mit Sicherheit festgestellt werden. Für die genannten Punkte sind den Autorinnen und Autoren keine Studien aus Deutschland bekannt.

#### 4.1.3.8 Lehrerinnen und Lehrer

Obwohl es Studien zur psychischen Gesundheit von Lehrerinnen und Lehrern gibt (Hillert, Koch & Lehr, 2013), sind den Autorinnen und Autoren ausführliche Untersuchungen aus Deutschland über das Suizidverhalten von Lehrerinnen und Lehrern nicht bekannt.

#### 4.1.3.9 Landwirtinnen und Landwirte

Beim Betreiben landwirtschaftlicher Betriebe scheint es mehrere berufsbedingte Stressquellen (Baumert et al., 2014) für die Landwirtinnen und Landwirte zu geben, die das Risiko für Suizid erhöhen, z. B. finanzielle Unsicherheit, isoliertes Arbeiten und lange Arbeitszeiten, teils ohne Pause (Lee, Burnett, Lalich, Cameron & Sestito, 2002). Weiteren Stress für Landwirtinnen und

Landwirte bedeutet die rechtliche Unsicherheit, mit der sie arbeiten und wirtschaften müssen, da die gesetzlichen Rahmenbedingungen sich ständig ändern und zu vermehrter Bürokratie führen. Das Treffen von Entscheidungen, das Landwirtinnen und Landwirte als Selbstständige ständig tun müssen, oder das Leben in einem sehr engen sozialen Gefüge, kann bei einigen zu einer erhöhten Stressbelastung führen (Judd et al., 2006).

Aufgrund der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen und in manchen abgelegenen Regionen auch aufgrund der schweren Verfügbarkeit wird häufig keine professionelle Hilfe aufgesucht bzw. psychische Probleme werden verleugnet (Judd et al., 2006). Auch körperliche Erkrankungen können an der Entscheidung zum Suizid von Landwirtinnen und Landwirten beteiligt sein, da gerade chronische Erkrankungen bedeuten, dass eine Arbeit auf dem Hof oft nicht oder nur noch teilweise möglich ist (Judd et al., 2006; Malmberg, Hawton & Simkin, 1997). Aus Deutschland sind den Autorinnen und Autoren keine umfassenden Studien zum Suizidverhalten von Landwirtinnen und Landwirten bekannt.

#### 4.1.3.10 Medizinische Berufe

Überraschenderweise gibt es aus Deutschland kaum ausführliche Untersuchungen zur Suizidalität bei Ärztinnen und Ärzten. Die wenigen Studien zu Suizid bei Ärztinnen und Ärzten in Deutschland umfassen eine Arbeit aus dem 1986 (Bämayr & Feuerlein, 1986) sowie eine Doktorarbeit (Naumovska, 2015). Daneben gibt es noch verschiedene Zusammenfassungen, die diese Problematik thematisieren (König, 2001; Mäulen, 2005), sowie eine Übersichtsarbeit von Reimer & Trinkhaus (2005).

Medizinerinnen und Mediziner haben aufgrund ihrer Ausbildung und ihrer gesetzlichen Stellung einen leichteren Zugang zu Medikamenten und ein umfangreiches Wissen um deren Wirkungen und Nebenwirkungen (Hawton, Clements, Simkin & Malmberg, 2000; Torre et al., 2005). Daher werden am häufigsten Suizide durch Medikamentenvergiftung durchgeführt (Hawton, Malmberg & Simkin, 2004). Medizinerinnen und



Mediziner zeigen signifikant häufiger als die Allgemeinbevölkerung eine depressive Symptomatik (23–31% der Medizinerinnen und Mediziner im ersten Jahr ihrer Assistenzarztzeit zeigen eine depressive Symptomatik gegenüber 15% der gleichaltrigen Allgemeinbevölkerung (Reimer & Trinkaus, 2005). Dafür werden die extrem hohe Arbeitsbelastung im Beruf und die Müdigkeit aufgrund von Überstunden und Schlafmangel verantwortlich gemacht. Auch die ständige Konfrontation mit Leiden und Tod, der erhöhte Stresslevel und eine Burnout-Symptomatik bringen Ärztinnen und Ärzte an den Rand der Belastungsfähigkeit. Sie erleben eine Verantwortlichkeit für Leben und Tod bei gleichzeitigem Bewusstsein der Grenzen ärztlichen Handelns. Trotz Supervision, Intervision und Balintgruppen erleben die meisten Ärztinnen und Ärzte in dieser Situation nur unzureichend Unterstützung, sie werden auf diese Verantwortung weder vorbereitet noch werden sie dabei regelmäßig, z. B. psychologisch, unterstützt.

Ärztinnen und Ärzte nehmen häufig keine Hilfe in Anspruch, weil sie z. B. befürchten, dass sie eher als Kollegin oder Kollege, jedoch nicht als Patientin oder Patient, angesehen werden, was einer adäquaten The-

rapie möglicherweise im Wege steht. Schlimmstenfalls steht bei der Diagnose einer Major-Depression mit Suizidalität und Substanzabusus die berufliche Karriere auf dem Spiel.

Ein weiterer, wichtiger psychosozialer Faktor ist die persönliche Konfrontation von Medizinerinnen und Medizinern mit der Justiz. Bei diesem Stressor kann es sich sowohl um Vorstrafen als auch um laufende Strafverfahren handeln (Bämayr & Feuerlein, 1986; Mäulen, 2005), z. B. wegen Behandlungsfehlern. Besonders bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, die als Selbstständige gleichzeitig auch „Unternehmer“ sind, können auch finanzielle Probleme eine Rolle spielen.

#### 4.1.3.11 Apothekerinnen und Apotheker

Obwohl für Apothekerinnen und Apotheker hinsichtlich des leichten Zugangs zu Drogen und Medikamenten als Suizidmittel das Gleiche wie für Ärztinnen und Ärzte gilt, gibt es in Deutschland keine spezifischen Untersuchungen über den Suizid von Apothekerinnen und Apothekern.

## 4.2 Hemmnisse, die einer Verbesserung der Suizidprävention im beruflichen Umfeld entgegenstehen

### 4.2.1 Stigmatisierung von Suizidhandlungen

Ein Suizid wird in westlichen Gesellschaften nicht mehr so stark abgewertet wie früher. Doch es bestehen weiterhin religiöse Verurteilungen des Suizids als „Sünde“ und massive Ängste: Der Suizid eines anderen gilt vielen als „das Schrecklichste“, das passieren kann. Stigmatisierung führt zur Ausgrenzung von Menschen mit bestimmten Verhaltensweisen oder Merkmalen – hier einer suizidalen Krise, einem Tod durch Suizid oder der Trauer um einen Menschen, der durch Suizid gestorben ist. Die Ausgrenzung der einen führt zur erhöhten Grup-

penkohärenz der Übrigen. Dadurch wird das stigmatisierte Verhalten als unerwünscht markiert und eine warnende bis verhindernde Wirkung ist erwünscht. Die Stigmatisierung von suizidalem Verhalten kann also als Versuch gewertet werden, Suizide durch ihre kategorische Ablehnung zu verhindern. Suizid-Mythen verstärken dies noch, z. B. die Idee, man könne durch das Ansprechen von möglicher Suizidalität erst Gedanken daran wecken. Oder das Vorurteil, wer „darüber spreche“, würde es nicht tun. Diese Mythen und Stigmatisierungen von Suizidhandlungen sind nach wie vor weit verbreitet, führen aber genau zum Gegenteil von dem, was sie bezwecken sollen. Sie verhindern Unter-

stützung, vertiefen Krisen und erhöhen damit die Wahrscheinlichkeit, dass eine Selbsttötung stattfindet.

#### 4.2.2 Stigmatisierung von suizidalen Krisen

Stigmatisierung beginnt in und schon vor der direkten suizidalen Krise. Suizidalität tritt häufig im Zusammenhang mit psychischen Störungen auf. Depressionen, Schizophrenie, Traumafolgestörungen und langandauerndes Suchtverhalten sowie Borderlinestörungen erhöhen das Suizidrisiko. Bereits diese Erkrankungen sind stigmatisiert. Menschen, die sich offen zu psychischen Störungsbildern bekennen, drohen Arbeit und Status zu verlieren bzw. werden erst gar nicht erst eingestellt. Ein weiterer Faktor für suizidale Krisen sind kritische Lebensereignisse wie Trennung, Erkrankung von Angehörigen oder der Tod eines Familienmitglieds. Sie können eine existenzielle Krise mit Leistungseinbußen, Konzentrationsschwächen, häufigen Fehlzeiten und emotionaler Instabilität auslösen. Eine Enttabuisierung von Reaktionen auf Lebenskrisen und von psychischen Störungen ist notwendig, um Betroffenen frühzeitig angemessene Unterstützung zur Verfügung zu stellen (Anderland, 2012). Stigmatisierung, die zu Scham bei den Betroffenen und Abwehr bei den Gatekeepern führt, beginnt also schon in Situationen, die suizidale Krisen auslösen können, und verstärkt damit die Wahrscheinlichkeit, dass Lebenskrisen zu suizidalen Krisen werden.

#### 4.2.3 Stigma und Unternehmens-Image

Ein weiteres Hindernis für den offenen Umgang mit suizidalen Krisen und Suiziden im Unternehmen kann die Angst vor negativem Image sein. Wenn ein Suizid stattgefunden hat, wird dies meist als Hinweis auf das Versagen einzelner Personen oder eines Systems begriffen. Hinterbliebene beschäftigen sich häufig intensiv mit der Suche nach Gründen und nach Verantwortlichen, dabei suchen sie „die Schuld“ häufig bei sich. Ein Suizid am Arbeitsplatz legt andere Deutungszusammenhänge nahe. Er kann als heftigste mögliche Kritik am Unternehmen und den dort herrschenden

Arbeitsbedingungen gedeutet werden. Der damit verbundene Imageverlust eines Unternehmens ist groß. Das Verschweigen eines Suizids kann der Versuch sein, den Imageschaden einzugrenzen oder auch bekannte innerbetriebliche Missstände nicht ändern zu müssen.

Bei Suiziden im Bereich des Gesundheitswesens oder des Strafvollzugs kann zusätzlich die Angst vor strafrechtlicher Verfolgung dazu führen, dass Informationen nur stückweise veröffentlicht werden.

#### 4.2.4 Stigmatisierung von Suizidhinterbliebenen

Das Stigma des unerwünschten Todes wird häufig auf die Hinterbliebenen übertragen (Paul, 2018). In der Unterstützung von Suizidhinterbliebenen am Arbeitsplatz spielt der Umgang mit Ausgrenzungserfahrungen, mit Schuldzuweisungen und mangelndem Einfühlungsvermögen in der existenziellen Krise, die der Suizid eines nahen Menschen auslösen kann, eine wichtige Rolle. Mangelnde Unterstützung in dieser schwierigen Situation kann bei Hinterbliebenen auch das Risiko eigener suizidaler Krisen erhöhen. Für Hinterbliebene fehlt es an Unterstützungsangeboten am Arbeitsplatz, z. B. durch Trauerangebote.

#### 4.2.5 Fehlende Trauerkultur

Die Entwicklung einer unternehmerischen Trauerkultur als Reaktion auf den Tod von Mitarbeitenden bzw. deren Angehörigen steht für viele Unternehmen noch ganz am Anfang. Diese Lücke stellt ein zusätzliches Hemmnis dar, wenn ein Tod durch Suizid intern und extern kommuniziert werden muss. Der Suizid von Mitarbeitenden oder Angehörigen von Mitarbeitenden erfordert neben einer suizidprophylaktischen und gegebenenfalls psychotraumatologischen Aufarbeitung auch die Aktivierung einer betrieblich verankerten Trauerkultur. Beileidsbekundungen, symbolische Handlungen und gemeinsames Gedenken sind hier ein Angebot für emotionale Entlastung, ressourcenstärkendes Gemeinschaftserleben und ein Zeichen für die Entstigmatisierung von Krisen (Offermann, 2016; Randegger, 2019).



## 4.3 Welche Maßnahmen wurden bisher ergriffen, um diese Hemmnisse zu überwinden?

In Unternehmen gibt es zwei Ansatzpunkte:

1. Maßnahmen auf betrieblicher Ebene: Die Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Mitarbeitenden durch den Abbau von Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz. Ziel ist es, ein möglichst gesundes und gesundheitsförderliches Arbeitsumfeld zu schaffen (Verhältnisprävention).
2. Maßnahmen auf Mitarbeitenebene: Positive Beeinflussung des individuellen Verhaltens der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei Stress und deren Bewältigungsstrategien. Ziel ist es, Belastungen, sowohl aus dem privaten Umfeld als auch aus dem Arbeitsumfeld, abzubauen und Ressourcen zu stärken (Verhaltensprävention).

Unterstützt werden Gesundheitsförderung und Prävention u. a. durch die neu gefasste Aufforderung an die Krankenversicherungen durch das SGB V § 20 in Verbindung mit § 20b. In Absatz 1 des § 20b SGB V heißt es: „Die Krankenkassen fördern mit Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen. Hierzu erheben sie unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb sowie der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale und entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten und unterstützen deren Umsetzung.“ (SGB V, 2019) Die im Dritten Abschnitt des SGB V beschriebenen Präventionsstrategien zielen auf die gesamtgesundheitliche Primärprävention; weite Bereiche der universellen, die selektive und die indizierte Suizidprävention sind dabei nicht einbezogen.

Wegen der hohen Suizidgefährdung widmet die WHO der Suizidprävention ein großes Schwerpunktprojekt

(2013–2020). Das Nationale Suizidpräventionsprogramm für Deutschland und die Programme der Europäischen Union sensibilisieren für multisektionale Prävention u. a. auch in der Arbeitswelt oder in Universitäten als Forschungs- und Bildungseinrichtungen zu diesem immer noch stigmatisierten Themenfeld. Es wird Unternehmen u. a. empfohlen, Leitlinien für Führungskräfte und andere Funktionstragende zu entwickeln zur Stärkung der Prävention, aber auch zur Unterstützung beim Umgang mit akuter oder latenter Suizidalität am Arbeitsplatz. Der schon 2011 erstellte Leitfaden für die Universität zu Köln wurde in der vorliegenden Fassung 2016 aktualisiert und erweitert (Schmandt, 2016a). Neueste Forschungsergebnisse, Fakten und Erkenntnisse, Bedürfnisse aus der Beratung (intern/extern) fließen im Sinne von guten Beispielen und Anregungen mit ein. Eine ebenfalls online erhältliche Kurzversion, der „Krisenkoffer bei Suizidalität am Arbeitsplatz“ (Schmandt, 2016b), setzt voraus, dass sich die Führungskraft bereits mit dem Inhalt der Leitlinie „Suizidprävention und Umgang mit Suizidalität/Suizid-Leitfaden für den Arbeitsplatz“ vertraut gemacht hat.

Ein Projekt der Justus-Liebig-Universität Gießen bereitet bereits Medizinstudierende auf die Stressoren und Bewältigungsmöglichkeiten sowie Vorbeugemaßnahmen im Arztberuf vor. Alle Medizinstudierenden lernen im Rahmen des Pflichtpraktikums der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie, mit welchen Arbeitsbelastungen sie später konfrontiert werden. Gleichzeitig werden Informationen zu Lebensqualität und Präventionsmöglichkeiten gegeben. So, hofft man, wird eine „ausreichende emotionale Vorbereitung auf den späteren Berufsalltag gewährleistet“. Reimer (2005) formuliert, was von Seiten der Arbeitgeber konkret notwendig ist: eine Umsetzung der EU-Richtlinie zur Arbeitszeit auch für Ärztinnen und Ärzte, nicht zuletzt, weil die Lebensqualität von Ärztinnen und Ärzten mit 55 und weniger Arbeitsstunden deutlich höher eingestuft werde als die von Ärztinnen und Ärzten mit 70 und mehr Arbeitsstunden pro Woche (Reimer & Trinkaus, 2005).

Das Verhalten von Führungskräften kann einen großen Einfluss auf die psychische Gesundheit der Angestellten haben (Schmidt et al., 2018). Vorgesetzte und Führungskräfte spielen eine Schlüsselrolle in der Suizidprävention am Arbeitsplatz. Im Idealfall nehmen sie Vorbildfunktion wahr, pflegen einen partizipativen Führungsstil, kommunizieren mitarbeiterorientiert und sind geschult, Risikofaktoren von Suizid frühzeitig zu erkennen und den entsprechenden Mitarbeitenden darauf anzusprechen. Damit erfüllen Vorgesetzte eine Gatekeeper-Funktion.

Die Effektivität der Ausbildung der Angestellten und/oder Führungsebenen ist gut evaluiert (Takada & Shima, 2010); die Dauer der Trainingsprogramme kann erheblich variieren, die Inhalte sind jedoch ähnlich: Aspekte suizidalen Verhaltens, Risikofaktoren für Suizid, Verhalten gegenüber Risikopersonen und Grundlagen der Gesprächsführung. Die Einstellung der Teilnehmenden gegenüber suizidalen Personen hatte sich verbessert und das Wissen um Suizid und Suizidrisikofaktoren vertieft.

#### 4.3.1 Erläuterung der Evaluation und der damit untersuchten konkreten Fragestellung

Um den Ist-Zustand der suizidpräventiven Angebote im beruflichen Umfeld zu erheben, wurde konsensual ein Fragebogen erstellt. Dieser enthält, neben Items zur Branchenzugehörigkeit und Mitarbeitendenzahl des Unternehmens, Items, welche Konzepte zur Suizidprä- und -postvention sowie Konzepte, welche mittelbar Suizide verhindern können (z. B. Konzepte zu körperlicher oder psychischer Gesundheit), und einschneidende Lebensereignisse im beruflichen Umfeld erfragen. Des Weiteren werden innerbetriebliche Unterstützungsangebote für Personen in seelischen oder suizidalen Krisen, subjektive Einschätzungen, ob etwaige suizidpräventive Angebote für ausreichend erachtet werden, und im Falle von Nichtvorhandensein von suizidpräventiven Angeboten, ob für solche Bedarf bestehe, erhoben. Freie Antwortfelder stehen zur Beschreibung von Unterstützungsangeboten, Verbesserungsvorschlägen für effektivere Suizidprävention und allgemeine Anliegen zum Thema zur Verfügung.

Nach Prätastung des Fragebogens stand dieser online sowie als ausfüllbares PDF-Dokument für postalischen Rücklauf zur Bearbeitung zur Verfügung und wurde mit der Bitte um Mitarbeit branchenübergreifend an Unternehmen verschiedenster Größe, Behörden, Interessensvertretungen, Gewerkschaften, Handelskammern, Kirchen, social-assistance-Programme und an die Künstlersozialkasse ausgesendet.

#### 4.3.2 Ergebnisse

Von insgesamt 58 eingegangenen Fragebögen gaben 37 eine Branchenzugehörigkeit an, dazu gehören öffentlicher Dienst und Bildungswesen (n=16), Industrie (n=8), Sport- und Gesundheitswesen (n=3), Land- und Forstwirtschaft (n=3), IT (n=2), Energie und Verkehr (n=2), Immobilien und Finanzen (n=2), Sonstiges (n=1).

Aufgrund eines Systemfehlers sind keine Daten abrufbar, welche die Verbreitung von spezifischen Angeboten zur Suizidprävention im beruflichen Umfeld erschließen.

Konkrete Vorstellungen über die Implementierung bzw. Verbesserung von suizidpräventiven Maßnahmen betreffen die Organisation eines professionellen betrieblichen Gesundheitsmanagements, welches umfassende Betreuungsprogramme bei einschneidenden oder besonders belastenden Lebensereignissen sowie eine Postvention nach vollendetem Suizid bzw. Suizidversuch beinhaltet. Dabei wünschen sich die Befragten keine einzelnen, kleinteiligen Angebote, sondern interne oder externe Beauftragte zum Thema psychische Gesundheit/Belastung allgemein und Suizidalität und Suizidprävention im Speziellen darin integriert. Einer guten Vernetzung aller beteiligten Akteure wird an dieser Stelle besondere Bedeutung beigemessen.

Als hilfreich beschreiben die Befragten potenzielle rechtliche Verpflichtungen zu gewissen Standards ab gewisser Unternehmensgröße bei gleichzeitiger staatlicher Unterstützung und eine systematische, umfassende und nachhaltige Implementierung bereits bestehender Maßnahmen/Strukturen wie das BGM.

Hervorgehoben werden der Bedarf nach Psychoedukation, Informationen über Anzeichen für eine Suizidgefahr, Handlungsempfehlungen und Fortbildungsmaßnahmen für Führungskräfte und Mitarbeitende sowie der dringende Bedarf nach Entstigmatisierung, Awareness-Steigerung und die Sensibilisierung der beteiligten Akteure. Kritisiert werden lange Wartezeiten und unzureichende Zugänglichkeit zu medizinischer und/oder psychologischer Versorgung.

Aufgrund des Fehlens der Daten von konkreten suizidpräventiven Maßnahmen kann keine Prävalenz dieser

in der vorhandenen Stichprobe angegeben werden. Diese Limitation erschwert auch die Interpretation der weiteren berichteten Ergebnisse. Weiterhin lassen sich die Ergebnisse aufgrund der kleinen Stichprobe nicht oder nur schwer verallgemeinern.

Zusätzliche, in diesem Bereich wichtige und notwendige Forschung betrifft das Problemfeld der Arbeitslosen und systematische Betrachtungen, die vor allem zwischen „White“- und „Blue-collar“-Berufen differenzieren. Hierbei bezeichnen White-collar-Berufe grob „Angestellte“ bzw. „Büroarbeiter“ und Blue-collar-Berufe „Arbeiter“.

## 4.4 Vorschläge für konkrete Maßnahmen

Trotz gründlicher Recherche konnten keine allgemeingültigen oder öffentlich zugänglichen Guidelines, Richtlinien oder Handlungsempfehlungen gefunden werden. Auch Übersichtsarbeiten zum Thema Suizidalität im beruflichen Umfeld sind rar. In anderen Ländern, v.a. im angloamerikanischen Raum ist dies anders: Die entsprechende Literatur zeigt, dass Suizidpräventionsprogramme am Arbeitsplatz hauptsächlich aus Ausbildung und Training der einzelnen Mitarbeitenden wie auch der Führungsebene, der Verknüpfung von internen und externen Ressourcen und dem Aufbau eines Netzwerkes besteht (Milner et al., 2013; Skegg et al., 2010; Takada & Shima, 2010; Tiesman et al., 2015). In einem systematischen Review zu Suizidprävention am Arbeitsplatz analysierten Milner et al. (2015) 13 Projekte aus den USA, Australien, Canada und Japan (Milner, Page, Spencer-Thomas & Lamotagne, 2015). Zu den wenigen Programmen, deren Effektivität evaluiert und deren Ergebnisse publiziert wurden, gehört „Together for Life“, ein umfassendes Suizidpräventionsprogramm für kanadische Polizei- und Justizbeamte, das neben Training und Ausbildung auch eine Telefonhotline implementierte und das Suizidrisiko um 79 senken konnte. Ein Programm aus Australien, „MATES in Construction“, konzentrierte sich auf die Einrichtung eines Peer-gatekeeper-Sys-

tems sowie die Entstigmatisierung von psychischen Krankheiten und der Annahme von Hilfe. Auch das vielschichtige „US Air Force Suicide Prevention Programme“ senkte innerhalb von vier Jahren die Suizidrate von 15,8 auf 3,5/100.000 (Knox et al., 2010). Es beinhaltete neben Weiterbildung und Training des Einzelnen auch ein „Community-awareness“-Programm sowie ein Screening nach und Unterstützung für Risikopersonen.

Gerade für die Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte ist eine Umsetzung der EU-Richtlinie zur Arbeitszeit dringend notwendig.

Als ein wichtiger Weg, der helfen kann, die Zahl der Suizide zu verringern, bleibt vor allem die Enttabuisierung und Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen. Hier muss in der Öffentlichkeit noch viel Aufklärungsarbeit geleistet werden. Dass solche Aufklärungsprogramme in Kombination mit einer Sensibilisierung für das Thema und die Zeichen einer Suizidgefährdung helfen, zeigen die Beispiele der US Army und der US Airforce. Bei deren Initiativen gegen Suizide wurden Hilfsangebote aufgebaut und durch Aufklärung eine soziale Verantwortung für andere in Bezug auf Suizid hervorgerufen (Knox et al. 2003).

Als wichtigste Aussagen wurde erarbeitet:

#### 1. Förderung zielgruppenbezogener Interventionen

- Universell präventive Interventionen: Thematisieren, Entstigmatisieren, Enttabuisieren, Entmystifizieren der Thematik Suizidalität in der Aus- und Fortbildung (Wissensvermittlung) aller Berufsgruppen.
- Selektive Suizidprävention bei nachweislich gefährdeten Berufsgruppen und Arbeitnehmenden, die Risikofaktoren für suizidales Verhalten vorweisen, z. B. berufsspezifische Suizidpräventionsprogramme, Peer-gatekeeper, Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) bzw. Suizidpostvention.
- Indizierte Suizidprävention: Vermittlung unmittelbarer psychiatrischer Notfallversorgung/Notfallpsychologischer Versorgung von suizidalen Arbeitnehmenden mit professioneller Weiterbehandlung und späterer Unterstützung bei der betrieblichen Wiedereingliederung.

#### 2. Einrichten einer Koordinierungsstelle für berufsgruppenbezogene Öffentlichkeitsarbeit, um

- Awareness für das gesamtgesellschaftliche Thema Suizidalität zu fördern,
- effektive Aufklärungskampagnen in Deutschland durchzuführen,
- niedrigschwellige (Ad-hoc-)Hilfsmöglichkeiten für jedermann und berufsgruppenspezifische bekannt und zugänglich zu machen (z. B. Telefonhotline).

#### 3. Förderung weiterer Forschung

- Grundlagenforschung folgender Berufsgruppen: Künstlerinnen und Künstler, Landwirtinnen und Landwirte, Apothekerinnen und Apotheker, Lehrerinnen und Lehrer, Geistliche.
- Weiterführende Forschung: Medizinische, psychosoziale Berufsgruppen.
- Angewandte Forschung: Informationsvermittlung von bestimmten Altersgruppen in der Gesellschaft (z. B. Erreichbarkeit von jungen Menschen im Zeitalter von Social Media? Öffentlichkeitsarbeit mit Flyern und über Internet wenig effektiv).

Wir sind uns bewusst, dass dieser Bericht nur eine Momentaufnahme darstellt und aus o. g. Gründen keinen Anspruch auf Vollständigkeit beanspruchen kann. Die Autorinnen und Autoren legten größten Wert darauf, wissenschaftliche Evidenz aus Studien zu präsentieren, nicht Meinungsbilder aus (Print-)Medien. Auch deswegen bleiben viele Berufe unerwähnt. Gerade bei mediensensitiven Berufen, wo angenommen werden kann, dass adäquate Strategien im Umgang mit Suizidalität bzw. Suizidprävention existieren, gibt es keine öffentlich zugänglichen Informationen. Des Weiteren wollten die Autorinnen und Autoren aufgrund der Thematik Studien speziell zur Lage in Deutschland zitieren; allerdings mussten die Autorinnen und Autoren feststellen, dass es hierzu kaum Studien gibt. Diese Sachlage kann als direkte Implikation des vorliegenden Berichtes verstanden werden, es besteht großer Bedarf nach Forschung im Bereich der Suizidprävention im beruflichen Umfeld in Deutschland.

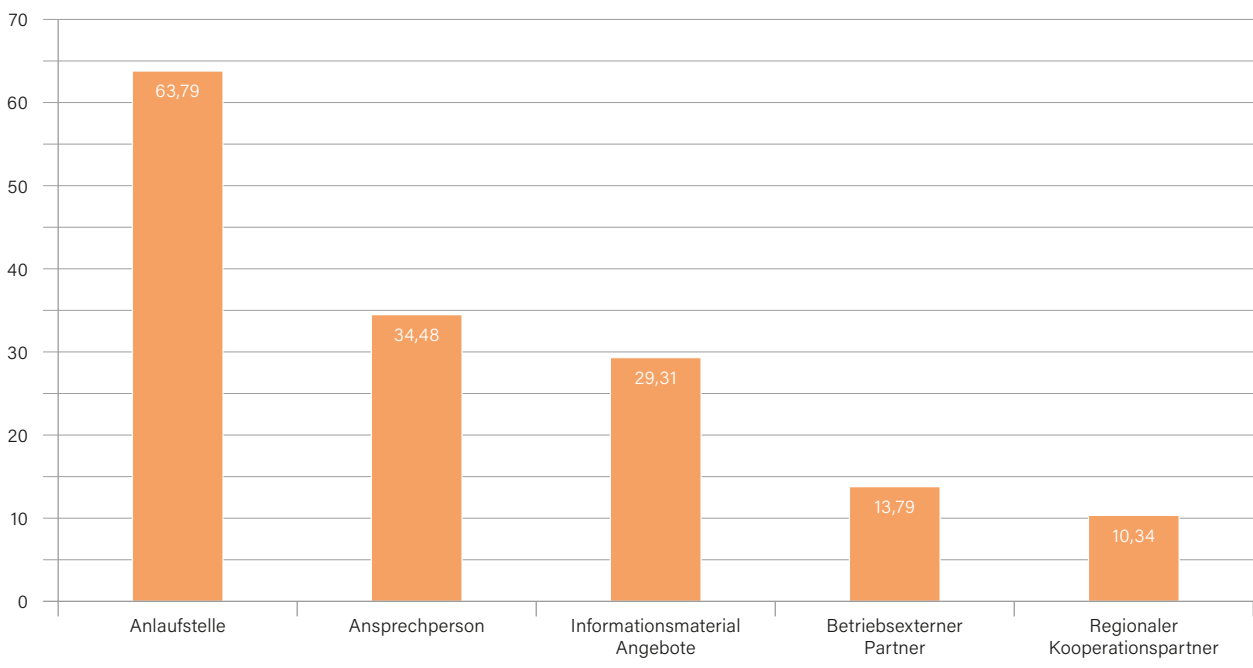
## 4.5 Danksagung

Die Autorinnen und Autoren bedanken sich bei den Teilnehmenden der Umfrage für ihre Unterstützung.

## 4.6 Anhang

29,31% der Unternehmen geben an, über spezielle Konzepte zur Postvention im Falle eines vollendeten Suizids oder nach einem Suizidversuch zu verfügen. Dabei sind meist externe Betreuungsstellen in Form von Konflikt-, Sozial- und Gesundheitsberatung genannt. Im Falle von seelischen Krisen bei Mitarbeitenden bzw. Organisationsmitgliedern werden verschiedene Unter-

stützungsangebote in unterschiedlicher Häufigkeit angeboten. In den meisten Fällen steht den Betroffenen eine Anlaufstelle oder spezifische Ansprechperson zur Verfügung, wohingegen das Herstellen von Kontakten zu betriebsexternen Partnerinnen und -partnern sowie regionalen Kooperationspartnerinnen und -partnern weniger verbreitet ist (Anhang – Abbildung A4.1).



Anhang – Abbildung A4.1: Unterstützungsangebote für Personen in persönlichen oder suizidalen Krisen

Unternehmen bieten bei verschiedenen beruflichen Veränderungen Angebote, in denen auch Suizidalität thematisiert werden könnte, an. 50% der Befragten geben an, solche Angebote im Falle von eingeschränkter Berufsfähigkeit bereitzustellen, 43,1% bei personalrechtlichen Maßnahmen, 37,93% bei Kündigung oder Entlassung, 36,21% bei Umstrukturierung, 29,31% bei Versetzung und 29,31% beim Übergang in den Ruhestand.

Ihr eigenes suizidpräventives Angebot erachten 37,93% der Befragten als ausreichend, 36,21% als nicht ausreichend und 25,86% machten keine Angabe.

Gibt es in den Unternehmen keine Suizidprävention, sehen 31,03% der Befragten dafür einen Bedarf, 27,59% sehen keinen Bedarf und 41,38% machten keine Angabe.

22,41% der Befragten geben an, bei der Realisierung von suizidpräventiven Maßnahmen Unterstützung zu benötigen.

#### 4.6.1 Abkürzungsverzeichnis

ACKPA	Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefarzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland
BBK	Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe
BEM	Betriebliches (bzw. Behördliches) Eingliederungsmanagement
BGM	Betriebliches (bzw. Behördliches) Gesundheitsmanagement
BKK	Betriebskrankenkassen
BMVg	Bundesministerium der Verteidigung
DB	Deutsche Bahn
FüSK	Führungsstab der Streitkräfte
ias	Institut für Arbeits- und Sozialhygiene Stiftung
MUT	Mitarbeiter-Unterstützungsteam
PSNV-B	Psychosoziale Notfallversorgung – Bevölkerung
PSNV-E	Psychosoziale Notfallversorgung – Einsatzkräfte
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
SGB V	Sozialgesetzbuch, fünftes Buch
UNO	Organisation der Vereinten Nationen
VAS	Visuelle Analogskala
WHO	Weltgesundheitsorganisation

#### 4.6.1.1 Länderabkürzungen

BW	Baden-Württemberg	NI	Niedersachsen
BY	Bayern	NW	Nordrhein-Westfalen
BE	Berlin	RP	Rheinland-Pfalz
BB	Brandenburg	SL	Saarland
HB	Bremen	SN	Sachsen
HH	Hamburg	ST	Sachsen-Anhalt
HE	Hessen	SH	Schleswig-Holstein
MV	Mecklenburg-Vorpommern	TH	Thüringen