

Yvette Zenker

**Angehörige nach Suizid –
Hilfebedarfe und Anforderungen an die Soziale Arbeit**

BACHELORARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2019

Yvette Zenker

**Angehörige nach Suizid –
Hilfebedarfe und Anforderungen an die Soziale Arbeit**

eingereicht als

BACHELORARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2019

Erstprüfer: Prof. Dr. phil. Christoph Meyer

Zweitprüferin: Prof. Dr. phil. Barbara Wedler

Bibliographische Beschreibung:

Zenker, Yvette:

Angehörige nach Suizid – Hilfebedarfe und Anforderungen an die Soziale Arbeit.

39 S. Hochschule Mittweida, Fakultät Soziale Arbeit, Bachelorarbeit, 2019

Referat:

Die Bachelorarbeit befasst sich mit Angehörigen, welche den Suizid eines nahestehenden Menschen erfahren haben. Der Schwerpunkt der Arbeit liegt auf einer intensiven Literaturrecherche, in der theoretische Aspekte zu Suizid, Risiko- und Schutzfaktoren von Suizidalität und Trauerprozessen bearbeitet werden. Ausführungen zu Auswirkungen eines Suizides auf die Lebenssituation von Hinterbliebenen und deren Hilfebedarfen unter Einbeziehung eines Fachgespräches mit einer Trauerbegleiterin schließen sich an. Der Fokus wird dabei auf die Spezifik der Trauer nach Suiziden sowie den Einflussfaktoren aus dem sozialen Umfeld und der Gesellschaft gelegt. Eine Betrachtung an die Anforderungen der Profession Soziale Arbeit unter den Blickwinkeln Beratung, Kompetenzen und Selbstfürsorge, Handlungsmöglichkeiten und Netzwerkbeziehungen werden im letzten Teil betrachtet.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Tabellenverzeichnis

1	Einleitung.....	1
2	Relevante Aspekte von Suizidalität und Trauer	3
2.1	Der Suizid: Definition, Begriffe und Methoden.....	3
2.2	Risiko- und Schutzfaktoren von Suizidalität.....	6
2.3	Statistische und rechtliche Rahmung von Suiziden.....	8
2.4	Die Trauerprozesse	10
3	Die Situation der Angehörigen nach Suiziden	13
3.1	Der betroffene Personenkreis	14
3.2	Spezifik der Trauer nach Suiziden	14
3.3	Reaktionen des sozialen Umfeldes	16
3.4	Reaktionen der Gesellschaft	17
3.5	Auswirkungen eines Suizides auf die Angehörigen.....	19
4	Darstellung der Hilfebedarfe von Angehörigen nach Suiziden	21
4.1	Unterstützung durch das soziale Umfeld.....	21
4.2	Gesellschaftliche Faktoren	22
4.3	Fachgespräch mit einer Trauerbegleiterin	23
4.4	Überblick über professionelle Hilfsangebote	26
5	Die spezifischen Anforderungen an die Fachkraft der Sozialen Arbeit	28
5.1	Besondere Gesichtspunkte der Beratung bei Trauer	28
5.2	Kompetenzen und Selbstfürsorge der Fachkraft	30
5.3	Handlungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit.....	32
5.4	Der Stellenwert von Netzwerkbeziehungen für die Soziale Arbeit.....	35
6	Fazit.....	36

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anzahl häufigster Suizidmethoden in Deutschland 2015 6

Abbildung 2: Ausgewählte Todesursachen in Deutschland 2016 9

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Modell der Trauerphasen nach Kast 11

Tabelle 2: Modell der Traueraufgaben nach Worden 12

1 Einleitung

Der Suizid wird in unserer Gesellschaft noch immer tabuisiert und ist mit Stigmatisierung behaftet. Es ist kaum bekannt, dass es in der Bundesrepublik Deutschland laut Statistischem Bundesamt fast doppelt so viele Suizidenten gibt, wie Menschen auf Straßen sterben. Angehörige geraten durch das Ereignis der Selbsttötung eines ihnen nahestehenden Menschen plötzlich in eine traumatische Belastungssituation, die von Außenstehenden nicht nachvollziehbar ist.

Meine sozialpädagogische Arbeit mit langzeitarbeitslosen und inhaftierten Menschen im Kontext von Ausbildungen und Qualifizierungsprojekten wird häufig von psychischen Krankheiten, Suchterkrankungen, Schuldenproblemen, familiären Konflikten und Suizidalität flankiert. Die Situation, dass eine Klientin oder ein Klient in meinem Beisein die Information über den Suizid eines nahen Angehörigen erhielt, erlebte ich mehrfach. Bei Beratungsgesprächen in verschiedenen Kontexten wurde ich wiederholt mit der Problematik von Hinterbliebenen einer Selbsttötung konfrontiert. Dies geschah nach Aufbau eines Vertrauensverhältnisses über einen längeren Zeitraum. Eine kurze Falldarstellung soll dies näher verdeutlichen.

Im Rahmen meiner Tätigkeit in der Justizvollzugsanstalt Chemnitz bat mich meine Klientin Frau S., beim Ausfüllen eines Fragebogens vom Jugendamt um Unterstützung. Anliegen war es, über geeignete Hilfsmöglichkeiten für ihre Kinder seitens des Jugendamtes während ihrer Inhaftierung zu entscheiden. Die Auseinandersetzung mit den Themen des umfangreichen Fragebogens lösten bei Frau S. emotionale Reaktionen aus. Im Verlauf wurden Fragen zu traumatischen Ereignissen in ihrem Leben gestellt. Zögernd erzählte sie unter Tränen vom Tod ihres Neffen, der sich vor wenigen Monaten suizidiert hatte. Sie äußerte, dass sie sich aufgrund ihres Drogenkonsums schuldig an seinem Tod fühlt. Sie war nicht in der Lage, sich um ihn zu kümmern und seine Probleme wahrzunehmen. In diesen Situationen bin ich verunsichert, wie ich angemessen reagieren und professionell handeln soll.

Erfahrungen mit Suizidalität in meinem familiären Umfeld begleiten mich ein Leben lang. Sowohl im privaten als auch im beruflichen Kontext begegne ich der Verunsicherung von Menschen im Umgang mit Suizidhinterbliebenen. Durch Kontakte und

Gespräche mit Betroffenen wurde mir bewusst, dass sie ein Wechselbad der Gefühle aus Ohnmacht, Scham, Wut, Verzweiflung und Schuld erleben.

Eine Sprachlosigkeit des sozialen Umfeldes und der Gesellschaft bestimmt die Lebenssituation der Angehörigen von Suizidenten. Das Phänomen des Suizides verunsichert ebenso Fachkräfte der Sozialen Arbeit. Die Auseinandersetzung mit der Thematik stellt einen hohen Anspruch an professionelle Fachkräfte und setzt Fachwissen über die Komplexität von Suizidalität und deren Tragweite für Angehörige voraus.

Aufgrund der Relevanz für die Soziale Arbeit habe ich mich entschlossen, die Situation der Angehörigen nach Suiziden und deren Hilfebedarfe näher zu betrachten. In den Ausführungen gehe ich darauf ein, welche Anforderungen sich an die Profession Soziale Arbeit stellen und wie dieser Klientel kompetent begegnet werden kann. Die vorliegende Arbeit setzt sich mit dem Thema „Angehörige nach Suizid – Hilfebedarfe und Anforderungen an die Soziale Arbeit“ auseinander. Auf die Besonderheiten bei Trauerprozessen von Kindern wird aufgrund der besonderen Spezifik in den Ausführungen nicht eingegangen.

Die Ausarbeitungen beschäftigen sich mit folgenden Fragen. Welche Hilfebedarfe haben Angehörige von Suizidenten? Welche Anforderungen stellen sich in der Beratung und Begleitung von Suizidhinterbliebenen an die Profession Soziale Arbeit? Wo liegen ihre Handlungsmöglichkeiten?

Um diese Fragen zu beantworten, fand eine intensive Literaturrecherche statt. In der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Suizidalität sind umfangreiche Quellen der Fachbereiche Medizin, Psychologie und Soziologie verfügbar. Wissenschaftliche Publikationen, die sich mit den spezifischen Problemlagen von Angehörigen nach Suiziden befassen, sind kaum vorhanden. Um einen Einblick in die praktische Tätigkeit einer Trauerbegleiterin von Angehörigen nach Suiziden zu erhalten, wurde in diesem Kontext ein Fachgespräch durchgeführt.

Nach einer Einführung in die Thematik wird im zweiten Kapitel auf Begriffe von Suizidalität, Suizidmethoden sowie Risiko- und Schutzfaktoren eingegangen. In der Folge werden statistische und rechtliche Aspekte von Suiziden betrachtet sowie Verläufe von Trauerprozessen dargestellt. Im dritten Kapitel wird die Situation der Angehörigen nach

Selbsttötungen thematisiert. Es wird auf die Spezifik der Trauer nach Suiziden sowie die Reaktionen des sozialen Umfeldes und der Gesellschaft eingegangen. Eine Betrachtung zu Auswirkungen auf die Betroffenen schließt sich an. Kapitel Vier beinhaltet die Hilfebedarfe von Angehörigen nach Suiziden und erläutert Unterstützungsmöglichkeiten des sozialen Umfeldes und der Gesellschaft. Im Rahmen eines Fachgespräches mit einer Trauerbegleiterin für Angehörige nach Suiziden wird auf deren praktische Erfahrungen eingegangen und im Anschluss ein Überblick über professionelle Hilfsangebote für Betroffene gegeben.

Kapitel Fünf beschäftigt sich mit den spezifischen Anforderungen an die Soziale Arbeit. Der Fokus richtet sich auf die besonderen Gesichtspunkte der personenzentrierten Beratung bei Trauer nach Carl Rogers. In der Folge werden die erforderlichen Kompetenzen und Aspekte der Selbstfürsorge der sozialpädagogischen Fachkraft betrachtet. Fragen nach Handlungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit sowie der Bedeutung von Netzwerkbeziehungen schließen sich an. Im Fazit erfolgen eine abschließende Betrachtung und Zusammenfassung sowie die Beantwortung der Fragestellungen.

2 Relevante Aspekte von Suizidalität und Trauer

Suizidalität begegnet der Menschheit seit ihrem Bestehen in jedem Lebensbereich. Seit Jahrhunderten wird in allen Kulturen kontrovers über Suizide diskutiert und gleichzeitig das Thema tabuisiert. Suizidalität hinterfragt den Sinn des Lebens, mit dem sich jeder Mensch im Laufe seiner Existenz beschäftigt. Es ist ein multifaktorielles Phänomen, welches in psychologischen, biologischen, soziologischen und philosophischen Zusammenhängen zu betrachten ist (vgl. Pourshirazi 2008, S. 9). Für die Auseinandersetzung mit der Thematik Suizidalität ist es erforderlich, Begriffe klar zu definieren. Es existieren keine generalisierten Definitionen, die fachübergreifend genutzt werden.

2.1 Der Suizid: Definition, Begriffe und Methoden

Suizid

„Der Begriff Suizid wird vom lateinischen *sui caedere* – sich töten – abgeleitet“ (Murr 2016, S. 41). Die Herkunft des Wortes ist nicht eindeutig belegt. Wolfersdorf definiert Suizid als „[...] eine Handlung mit tödlichem Ausgang, ob sofort oder infolge der Selbstschädigung, sofern sie nicht durch Fremdeinfluss herbeigeführt oder eine unklare Todesursache ausgeschrieben wird [...]“ (Wolfersdorf 2008, S. 18). Für die Bewertung

eines Suizides werden drei Komponenten als eindeutige Faktoren definiert. Diese sind der Tod der Person, die Begründung der Todesursache im Verhalten der Person und das Vorliegen eines gewissen Maßes an Absicht für den eigenen Tod. Dabei ist das dritte Element schwer feststellbar und umstritten. Das entscheidende Kriterium ist die Kenntnis über die Intention des Suizidenten (vgl. Teismann u.a. 2014, S. 3).

Selbstmord und Freitod

Im alltäglichen Sprachgebrauch wird häufig von Selbstmord oder Freitod im Zusammenhang mit Suiziden gesprochen. Der negativ belastete Begriff Selbstmord enthält das Wort „Mord“, demzufolge wird die sich suizidiert habende Person mit einem Mörder assoziiert, der laut Strafgesetzbuch „[...] aus Mordlust [...] oder sonst aus niedrigen Beweggründen, heimtückisch oder grausam oder mit gemeingefährlichen Mitteln [...] einen Menschen tötet“ (§ 211 Abs. 2 StGB).

Die heroische Bezeichnung Freitod ist ebenfalls problematisch, da diese mit einem Freiheitsgefühl verbunden wird und der Verzweiflung und Ausweglosigkeit nicht gerecht wird, in der sich Menschen in suizidalen Krisen befinden. Nach dem Scheitern eines Suizidversuches zeigen sich circa neun von zehn Überlebenden erleichtert und froh über das Misslingen der Selbsttötung. Das verdeutlicht die psychosoziale Notlage, in der sich Suizidenten meist befinden und nicht von einem freien Handeln gesprochen werden kann (vgl. Eink u.a. 2017, S. 10f.).

Suizidalität

Eine treffende Erklärung für die Gesamtheit des Begriffes Suizidalität stammt von Wolfersdorf: „Suizidalität ist die Summe aller Denk- und Verhaltensweisen von Menschen oder Gruppen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln, Handelnlassen oder passives Unterlassen den eigenen Tod anstreben beziehungsweise als möglichen Ausgang einer Handlung in Kauf nehmen“ (Wolfersdorf 2008, S. 16). Suizidalität kann sich bei allen Menschen entwickeln, tritt aber gehäuft bei psychischen Erkrankungen und in psychosozialen Krisen auf (vgl. ebd., S. 16). Ähnlich fassen es Eink und Haltenhof zusammen, indem sie unter Suizidalität alle Gedanken, Gefühle, Impulse und Handlungen verstehen, die ein selbstzerstörerisches Wesen haben und auf den eigenen Tod aktiv oder passiv abzielen. Sie schließen das Bedürfnis nach einer Pause und Ruhe im Leben und den Todeswunsch ein. Gedankliche Abläufe, die Vorbereitung und Durchführung des Suizides gehören ebenfalls dazu (vgl. Eink u.a. 2017, S. 22).

Suizidversuch

Eine durch eine Person selbst ausgelöste selbstschädigende Handlung, die das Ziel hat, eine Veränderung herbeizuführen und dabei das Risiko des eigenen Todes trägt, wird als Suizidversuch bezeichnet. Hierbei wird zwischen zwei unterschiedlichen Subformen unterschieden. Zum einen ist eine suizidale Handlung von einer hohen kommunikativen Bedeutung gekennzeichnet, die einen appellartigen Charakter trägt und mitunter intentional-manipulative Elemente enthält. Diese sind nicht durch einen Todeswunsch begründet, sondern als Hilferuf zu verstehen. Zum anderen können suizidale Aktivitäten durch ein Zusammenwirken zufälliger Begleitumstände überlebt werden. Die handelnde Person definiert, ob eine suizidale Handlung vorliegt. Dem Beobachter obliegt die Deutung des suizidalen Charakters (vgl. Wolfersdorf 2008, S. 18f.).

Bronisch führt dazu aus, dass die Ernsthaftigkeit eines Suizidversuches an drei Indikatoren festgemacht wird. Dazu gehören die Suizidintention, welche die Ausprägung des Todeswunsches meint und das Suizidarrangement, wie schnell die betreffende Person ihr Auffinden ermöglicht. Als dritter Aspekt spielt die angewandte Suizidmethode eine Rolle, mit welcher Wahrscheinlichkeit der Tod eintritt (vgl. Bronisch 2014, S. 15). Die Definierung eines Suizidversuches hängt von mehreren Faktoren ab und nicht immer ist eindeutig festzustellen, ob eine suizidale Absicht vorlag.

Auf die Begriffe des erweiterten Suizides und der Massenselbsttötung wird an dieser Stelle auf Grund der Komplexität der Themen nicht eingegangen. In der Folge der vorliegenden Arbeit werden die Formulierungen Suizid und Selbsttötung verwendet, da sie am geeignetsten sind, um das Phänomen zu beschreiben.

Suizidmethoden

Bei vollendeten Suiziden wird zwischen harten und weichen Methoden unterschieden. Selbsttötungen durch den Gebrauch einer Waffe, Strangulation, Sturz aus großer Höhe oder sich von Fahrzeugen überrollen lassen zählen zu den harten Methoden. Intoxikationen, die häufig durch eine Überdosierung mit Medikamenten oder durch das Inhalieren tödlicher Gase vollzogen werden, sind den weichen Suizidmethoden zugeordnet. Leicht erreichbare Orte, wie beispielsweise Bahngleise, Brücken oder Hochhäuser können den Ausschlag für die angewandte Suizidmethode geben (vgl. Eink, u.a. 2017, S. 26f.).

Zur Veranschaulichung sind in der folgenden Grafik die am häufigsten angewandten Suizidmethoden in Deutschland aus dem Jahr 2015 aufgeführt. Aus dieser Übersicht ist erkennbar, dass die meisten Suizide durch Erhängen, Strangulieren oder Ersticken vorgenommen werden.

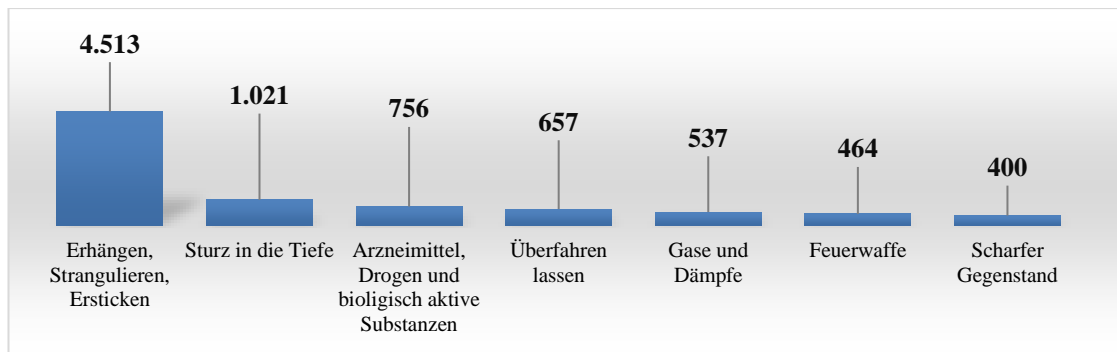


Abbildung 1: Anzahl häufigster Suizidmethoden in Deutschland 2015

Quelle: Statista GmbH Hamburg, 2019

2.2 Risiko- und Schutzfaktoren von Suizidalität

Mit der Entstehung von Suizidalität wird sich in vielfältigen wissenschaftlichen Betrachtungen auseinandergesetzt. Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf die Erkenntnisse von Teismann und Dormann, die Studien unter dem Blickwinkel betrachten, welche Risiko- und Schutzfaktoren auf die Entwicklung von Suizidalität Einfluss nehmen können.

Demografische Faktoren

Das Risiko für einen Suizid nimmt mit steigendem Lebensalter zu und ist bei Frauen niedriger als bei Männern. Personen, die in einer stabilen Partnerschaft eingebunden sind, weisen im Gegensatz zu verwitweten, geschiedenen und getrenntlebenden Menschen eine niedrigere Suizidrate auf. Kinder, die im eigenen Haushalt versorgt werden, haben insbesondere für Frauen eine suizidhemmende Wirkung. Ein erhöhtes Suizidrisiko wird durch Langzeitarbeitslosigkeit und einen niedrigen sozioökonomischen Status bewirkt (vgl. Teismann u.a. 2014, S. 10). Ein schneller sozialer Auf- oder Abstieg verstärkt suizidale Entwicklungstendenzen (vgl. Eink u.a. 2017, S. 27f.).

Diagnostische Faktoren

In psychologischen Studien wurde festgestellt, dass knapp 90% aller Suizidenten im Vorfeld psychisch erkrankt waren. Am häufigsten treten mit 43% affektive Störungen

auf. Als weiterer Risikofaktor für suizidales Erleben gelten schwere körperliche Erkrankungen in Verbindung mit chronischen Schmerzen. Bei 30% bis 40% der Suizidenten ließ sich durch wissenschaftliche Untersuchungen eine physische Erkrankung nachweisen. Der Verlust sozialer Rollen, zunehmende Isolation, die empfundene Sinnlosigkeit des eigenen Daseins sowie Komorbidität mit psychischen Erkrankungen haben eine suizidfördernde Wirkung (vgl. Teismann u.a. 2014, S. 10f.).

Psychosoziale und biografische Faktoren

Zu den psychosozialen Indikatoren für ein erhöhtes Suizidrisiko zählen Hoffnungslosigkeit, eine perfektionistische Einstellung und geringe Problemlösefertigkeiten. Missbrauchserfahrungen im Kindes- oder Jugendalter, ein Leben in sozialer Isolation und das Gefühl, für andere Menschen eine Last zu sein, gehen häufig mit Suizidalität konform. Geringe Angst vor Schmerzen und dem Tod, aber auch Depressivität und Neurotizismus stehen in Zusammenhang mit einem erhöhten Suizidrisiko. Ein vorausgegangener Suizidversuch und selbstverletzendes Verhalten stellen weitere Risikofaktoren dar. Die Erfahrung eines Suizides in der eigenen Biografie wirkt suizidfördernd und wird in stärkerem Maße als Problemlösestrategie bei schwerwiegenden Konflikten in Erwägung gezogen (vgl. ebd., S. 11ff.).

Proximale Faktoren

Stressreiche Lebensereignisse in der eigenen Biografie können als direkte Auslöser einer suizidalen Handlung wirken. So belegt eine Studie, dass 80% der Suizidenten in den letzten Monaten vor ihrer tödlichen Handlung unter einer starken Belastungssituation standen. Dazu gehören unter anderem berufliche Konflikte, familiäre Probleme, Arbeitslosigkeit, akute und chronische physische Krankheiten, Suchterkrankungen, Trennungen vom Lebenspartner oder finanzielle Schwierigkeiten. Jegliches Erleben eines Verlustes verstärkt die Gefahr einer suizidalen Entwicklung, im besonderen Maße des eigenen Kindes (vgl. ebd., S. 12).

Protektivfaktoren

Erst in der jüngeren Vergangenheit wird sich im wissenschaftlichen Diskurs mit suizidhemmenden Wirkfaktoren beschäftigt. Das Leben in einer stabilen Partnerschaft mit Kindern und ein soziales Eingebundensein zählen dazu. Schwangerschaften, positive Zukunftserwartungen, vorhandene Gründe zu leben und die eigene Lebenszufriedenheit

wirken präventiv. Mit einem geringeren Suizidrisiko werden eine aktive Therapiebeteiligung bei einer psychischen Erkrankung, sozialer Rückhalt, Problemlösefertigkeiten und die Angst vorm Tod assoziiert.

Suizide unterliegen saisonalen Schwankungen. Für eine Häufung im Frühling und Sommer existieren keine wissenschaftlichen Erklärungen (vgl. Bronisch 2014, S. 29). Grundsätzlich sind biologische, soziale und psychologische Entstehungstheorien für die Entwicklung von Suizidalität festzumachen. Diese Theorien bedingen sich wechselseitig und sind nicht losgelöst voneinander zu betrachten (vgl. ebd., S. 56). Die erfassten Risikofaktoren sind nicht zwingend mit einer verstärkten Entwicklung von Suizidalität gekoppelt. Die meisten Menschen, die ein oder mehrere gefährdende Begleitumstände aufweisen, suizidieren sich nicht zwangsläufig, wohingegen suizidhemmenden Merkmale eine Selbsttötung nicht ausschließen können (vgl. Teismann u.a. 2014, S. 12f.).

Suizidalität ist ein komplexes Geschehen, bei dessen Entstehung viele Faktoren eine Rolle spielen. Um sich dem Phänomen zu nähern, werden im Folgenden statistische und rechtliche Aspekte betrachtet.

2.3 Statistische und rechtliche Rahmung von Suiziden

Statistische Rahmung

In Deutschland erfolgt die Kodierung von Erkrankungen und Gesundheitsstörungen nach einer von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstellten Klassifikation. Die aktuell gültige Ausgabe der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ist ICD-10 und wird international angewandt. Absichtliche Selbstbeschädigungen werden unter den Abschnitten X 60 bis X 84 aufgeführt und beinhalten absichtliche selbstzugefügte Vergiftungen, Verletzungen und Selbsttötungen (vgl. DIMDI 2018, o.S.).

Nach statistischen Angaben verstarben im Jahr 2016 insgesamt mehr Menschen in Folge einer Selbsttötung als insgesamt durch Verkehrsunfälle, Drogenkonsum, HIV-Erkrankungen oder Mord, Totschlag und Tötung auf Verlangen. In der nachfolgenden Abbildung sind ausgewählte Todesursachen im Vergleich aufgeführt. Es ist ersichtlich, dass Suizide nicht das Problem einer Randgruppe darstellen.

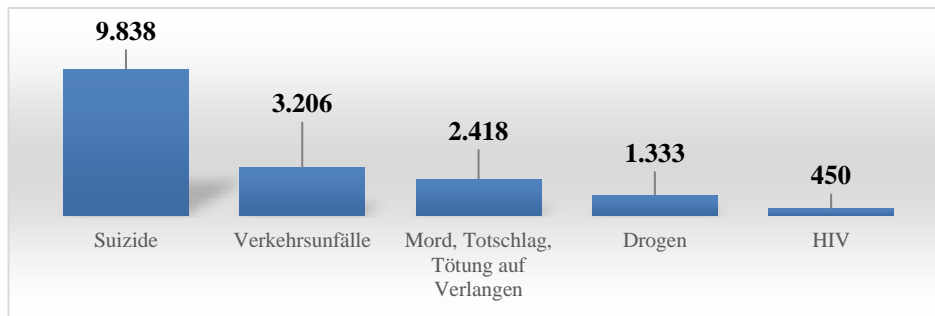


Abbildung 2: Ausgewählte Todesursachen in Deutschland 2016

Quellen:

Statistisches Bundesamt Wiesbaden, 2019 (Suizide); 2017 (Verkehrsunfälle)

Bundesministerium des Inneren Berlin, 2017 (Mord, Totschlag, Tötung auf Verlangen)

Drogenbeauftragte der Bundesregierung Berlin, 2017 (Drogen)

Robert Koch-Institut Berlin, 2017 (HIV)

Das zuverlässige Erfassen von Suiziden und Suizidversuchen stellt das wesentlichste methodische Problem der epidemiologischen Forschung dar. Ein Suizid als Todesursache wurde in der Vergangenheit oft vertuscht, was auch noch heute passieren kann. Ursachen dafür liegen in der gesellschaftlichen und religiösen Tabuisierung, aber auch ökonomische Gründe können einen verdeckten Suizid bewirken. So existiert bei den meisten Lebensversicherungen eine Klausel, die eine Auszahlung der Prämie bei Suiziden erst nach einer gewissen Vertragslaufzeit vorsieht oder ausschließt. Menschen in höherem Lebensalter oder mit chronischen Erkrankungen verweigern mitunter die Nahrungsaufnahme oder die Einnahme von lebensnotwendigen Medikamenten. Für den Arzt, der den Tod einer Person feststellt, ist nicht immer eindeutig erkennbar, ob suizidale Handlungen oder natürliche Ursachen zum Tod führten. Fraglich ist, inwieweit laut der Definition eines Suizidversuches ein aktives Handeln vorliegt. In der statistischen Erfassung bewirkt die Zunahme von ungeklärten Todesursachen meist einen Rückgang der registrierten Suizide. Die umstrittene Definition von Suizidversuchen erschwert außerdem die Erfassung entsprechender Zahlen (vgl. Bronisch 2014, S. 19f.).

Die durchschnittliche Suizidrate (Todesfälle pro 100.000 Einwohner) liegt in Deutschland mit 12,0 unter dem europäischen Durchschnitt von 13,5. (vgl. Kreft u.a. 2017, S. 1012). Bei der Geschlechterverteilung existiert ein Ungleichgewicht, circa 75% der Suizidenten sind Männern und etwa 25% Frauen. Eine statistische Erfassung von Suizidversuchen erfolgt nicht. Schätzungen gehen von circa 100.000 Suizidversuchen pro Jahr in Deutschland aus. Das heißt, dass etwa aller 5 Minuten ein Suizidversuch unternommen wird (vgl. AGUS e.V. 2012, S. 4f.).

Rechtliche Rahmung

Ein Suizidversuch oder Suizid sowie die Beihilfe oder Anstiftung dazu erfüllen in Deutschland keinen Straftatbestand. Das ist kennzeichnend für das Recht auf Selbstbestimmung, auch in Bezug auf die Beendigung des eigenen Lebens. Der genannte Grundsatz endet, wo die Pflicht zur Hilfeleistung beginnt. Dies ist der Fall, wenn ein Mensch nicht mehr frei über sein Handeln bestimmen kann. In einer solchen Situation macht sich eine Person, die nicht aktiv in die Suizidhandlung eingreift der unterlassenen Hilfeleistung (§ 323c StGB) schuldig (vgl. Teismann u.a. 2014, S. 81).

Sozialarbeitende, die eine besondere vertragliche Schutz- und Beitragspflicht haben, nehmen gegenüber dem Suizidenten eine Garantenstellung ein. Sie können sich wegen Totschlags oder minderschwerem Fall des Totschlags (§§ 212, 213 StGB), fahrlässiger Tötung (§ 222 StGB) oder Körperverletzung (§ 223 StGB) strafbar machen, wenn sie nicht in eine Suizidhandlung eingreifen. Die rechtlichen Gesichtspunkte verdeutlichen, wie schwierig sich in der Akutsituation der Einzelfall darstellt. Die Achtung der Autonomie des Individuums zur freien Willensentscheidung spielen dabei ebenso eine Rolle wie der Schutz des Lebens. Bezüglich der Haftung professionell Helfender und verbundener Schadenersatz- und Schmerzensgeldansprüche existieren unterschiedliche Gerichtsurteile. Eine genaue und detaillierte Dokumentation im professionellen Kontext ist aus diesen Gründen unverzichtbar. Relevant für Versicherungsunternehmen bei der Auszahlung der Versicherungssumme an Hinterbliebene ist, dass der Suizid in einem krankhaften Zustand geschah und keine freie Willensentscheidung vorlag. Den Nachweis für eine hohe Wahrscheinlichkeit dessen müssen die Angehörigen vorlegen. Die Dauer und Ursachen der psychischen Erkrankungen spielen hierbei keine Rolle (vgl. Eink u.a. 2017, S. 17f.).

2.4 Die Trauerprozesse

Trauern ist ein natürlicher Prozess, der für Betroffene eine große Belastung darstellt und positive Erfahrungen ermöglichen kann. Für das kritische Lebensereignis des Todes einer nahestehenden Person besitzt der Mensch angeborene Bewältigungsstrategien, mit denen er dem Verlust Ausdruck verleiht und ihn verarbeitet (vgl. Znoj 2016, S. 2). Erscheinungsformen, Verlauf und Dauer der Trauer sind individuell unterschiedlich. Für die seelische Gesundheit ist es wichtig, Emotionen zuzulassen und alle Trauerprozesse zu durchlaufen. Es gibt weder richtige oder falsche Trauer noch Lösungswege, die für

trauernde Menschen generalisierend anwendbar sind. Die soziale Beziehung zur verstorbenen Person, die Reaktionen des Umfeldes sowie eigene Ressourcen und Bewältigungsmechanismen spielen hierbei eine Rolle.

Für den Verlauf und die Bewältigung von Trauer existieren verschiedene theoretische Ansätze, die in Phasen, Stufen oder Aufgaben dargestellt werden. An dieser Stelle wird auf das Phasenmodell der Psychoanalytikerin Kast eingegangen.

Phase des nicht wahrhaben Wollens	Diese Phase ist von einer Empfindungslosigkeit gekennzeichnet. In dieser Zeit ist es als Helfer elementar, der trauernden Person menschliche Zuwendung und das Gefühl zu geben, nicht allein zu sein.
Phase der aufbrechenden Emotionen	Die zweite Phase ist von Gefühlen wie Wut, Zorn, Ohnmacht, Ruhelosigkeit, Schuld und Angst geprägt. Diese emotionalen Ausbrüche wechseln sich mit Trauer, Niedergeschlagenheit und tiefen Gefühlen der Freude über die gemeinsam erlebte Zeit mit der verstorbenen Person ab.
Phase des Suchens und sich Trennens	Die trauernde Person versucht, den toten Menschen ins neu entstandene Lebensgefüge zu integrieren. Das Suchen wird als Erhalt alter Gewohnheiten im Widerstand gegen Veränderungsprozesse gesehen. Die Trauernden bereiten sich auf die Akzeptanz des Verlustes vor, indem das eigene Welt- und Selbstverständnis neu geordnet wird.
Phase des neuen Selbst- und Weltbezuges	Die hinterbliebene Person hat den Verlust akzeptiert und erlebt den verstorbenen Menschen als innere Begleitung. In dieser Phase ist es möglich, dass Trauernde neue Rollen einnehmen und ihre Selbstachtung zurückgewinnen. Dabei entstehen andere Lebensmuster, ohne dass die verstorbene Person in Vergessenheit gerät.

Tabelle 1: Modell der Trauerphasen nach Kast (vgl. Kast 2013, S. 69-88)

Die Phasen der Trauer laufen aufeinander folgend ab. Ein mit Selbstzweifeln verbundener Rückfall in eine vorausgegangene Trauerphase ist während des gesamten Prozesses möglich (vgl. ebd., S. 83).

Im Gegensatz zu Kast beschreibt Worden den Prozess der Trauer in Aufgaben, die bewältigt werden.

Verlust als Realität akzeptieren	Die Endgültigkeit des Todes zu begreifen und die Tatsache zu akzeptieren, dass der verstorbene Mensch nicht zurückkehrt, ist die erste Traueraufgabe, der sich Hinterbliebene stellen.
Schmerz verarbeiten	Als zweite Traueraufgabe bewältigen die Hinterbliebenen den Schmerz. Darunter wird einerseits die Verarbeitung von Gefühlen wie Traurigkeit und Niedergeschlagenheit verstanden, aber auch Emotionen wie Angst, Schuld, Wut, Depressionen und soziale Isolation werden damit assoziiert.
an die Umgebung ohne die tote Person anpassen	Während dieser Aufgabe begreifen die Trauernden die Folgen des Verlustes und entwickeln neue Bewältigungsstrategien. Die Übernahme neuer Rollen kann eine Reifung der Persönlichkeit bedeuten und helfen, einen Sinn im Tod des Angehörigen zu finden. Die Auseinandersetzung mit dem Selbstbild findet statt. Die eigenen Wertvorstellungen können durch den Sterbefall erschüttert werden.
Verbindung zu der toten Person dauerhaft herstellen	In dieser Aufgabe erhält die verstorbene Person ihren Platz im Leben der Angehörigen, ohne dass die Beziehung aufgegeben wird. Das Leben mit dem Verlust kommt nicht zum Stillstand und es wird möglich, neue Bindungen einzugehen.

Tabelle 2: Modell der Traueraufgaben nach Worden (vgl. Worden 2018, S. 45-59)

Bei der Bewältigung der Traueraufgaben wird kein starr aufeinanderfolgender Ablauf angenommen. Der fließende Prozess kann wiederholt neu stattfinden und mehrere Aufgaben parallel bearbeitet werden (vgl. ebd., S. 58f.).

Natürlich ablaufende Trauerprozesse können durch erschwerende Umstände zu komplizierter Trauer führen. Faktoren dafür können ein fehlendes soziales Netzwerk und die Art des Todes sein. Verlusterlebnisse in der Kindheit oder sehr schnelle Krankheitsverläufe vor dem Tod können die Bewältigung des Trauerprozesses verzögern. Suizide als Todesursache bewirken in vielen Fällen einen erschwerten Verlauf der Trauer (vgl. Kast 2013, S. 191f.).

Volkan beschreibt weitere Faktoren, die zu einer komplizierten Trauer führen können. Dazu zählen die Spezifik der Beziehung zum verstorbenen Angehörigen, offene Konflikte und unerledigte Angelegenheiten (vgl. Volkan 2000, S. 13). Znoj führt dazu aus, dass es schwierig ist, eindeutige Merkmale komplizierter Trauer festzulegen. Die erschwerte Trauer ist durch Symptome wie selbstschädigendes Verhalten, starke Reizbarkeit, Panikattacken, das Gefühl innerer Leere und genereller Sinnlosigkeit gekennzeichnet (vgl. Znoj 2016, S. 15f.). In der Trauerbewältigung besteht ein Komorbiditätsrisiko mit posttraumatischen Belastungsstörungen, Panikstörungen, depressiven Symptomen, Schizophrenie oder Substanzmissbrauch (vgl. ebd., S. 23ff.). Trauernden, die unter ausgeprägten psychischen und physischen Symptomen leiden, das Thema stark verdrängen oder den Tod über längere Zeit nicht verarbeiten können, ist professionelle therapeutische Unterstützung zu empfehlen.

Es stellt sich die Frage, inwieweit sich die Trauer Suizidhinterbliebener von anderer Trauer unterscheidet. Die Situation von Angehörigen nach Selbsttötungen wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Im folgenden Kapitel wird auf ihre spezifische Lebenssituation und Auswirkungen des traumatischen Ereignisses eingegangen.

3 Die Situation der Angehörigen nach Suiziden

Angehörige von Suizidenten bewältigen ihre Trauer meist in Stille und treten in der gesellschaftlichen Wahrnehmung kaum in Erscheinung. Diesen Menschen fällt es aufgrund des Ereignisses schwer, sich anderen Personen anzuvertrauen. Es ist davon auszugehen, dass jeder Mensch Angehörige von Suizidenten persönlich kennt, ohne dass es ihm immer bewusst ist.

3.1 Der betroffene Personenkreis

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Angehörigen nach Suiziden findet erst seit einigen Jahren statt. Es existiert keine klare Definition des betroffenen Personenkreises. Wolfersdorf und Etzersdorfer stützen sich auf die Begriffsbestimmung der American Association of Suicidology, einer amerikanischen gemeinnützigen Organisation, die sich für Suizidprävention engagiert. Sie bezeichnen Suizidhinterbliebene als „[...] Menschen, die den Suizid einer Person erleben, mit der sie eine wichtige Beziehung oder emotionale Nähe verband“ (Wolfersdorf u.a. 2011, S. 232).

Seibl führt dazu aus: „Als Suizidhinterbliebene gelten Personen, die in der Folge eines Suizides in ihrer Umgebung auf eine Weise in ihrem subjektiven Wohlbefinden beeinträchtigt sind, die den Einsatz postventiver Maßnahmen sinnvoll erscheinen lässt“ (Seibl u.a. 2001, S. 321). Dabei liegt der Fokus der Nachsorge hauptsächlich auf den nächsten Hinterbliebenen und Familienangehörigen. Im fachlichen Diskurs wird von durchschnittlich sechs Personen ausgegangen, die von einer Selbsttötung direkt betroffen sind. Diese Aussage wurde bisher nie wissenschaftlich untersucht. Es ist unumstritten, dass zu den am stärksten belasteten Menschen die engsten Angehörigen, Lebenspartnerinnen und -partner sowie Freunde gehören. Personen im weiteren Umfeld werden ebenfalls davon tangiert (vgl. Wolfersdorf u.a. 2011, S. 232f.). Es ist anzunehmen, dass jährlich circa 60.000 Personen im direkten Nahumfeld betroffen sind. Die Zahl erhöht sich deutlich, wenn man Ersthelfer, Rettungssanitäter, Polizisten und Zeugen einbezieht. Die vorliegende Arbeit beschränkt sich auf die Betrachtung der Lebenssituation nahestehender Menschen nach einer Selbsttötung.

3.2 Spezifik der Trauer nach Suiziden

Die beschriebenen Trauerprozesse gelten weitestgehend für die Trauer der Hinterbliebenen nach einem Suizid. In der wissenschaftlichen Literatur existieren keine eindeutigen Aussagen, inwiefern die Trauer von Suizidhinterbliebenen von der Trauer nach einem Tod eines Angehörigen durch Krankheit oder Unfall abweicht. Es gibt einige Merkmale, die Unterschiede in den Reaktionen verdeutlichen.

Ein Suizid geschieht aus Sicht der Lebenden immer plötzlich, auch dann, wenn dem Ereignis eine lange suizidale Entwicklung vorausgegangen ist. Das Auffinden der suizidierten Person oder das Miterleben des Suizides kann bei Angehörigen zu einer zusätzlichen Belastungssituation führen (vgl. Eichhorn 2003, S. 27f.).

Mögliche Folgen können bei Angehörigen psychische Beeinträchtigungen oder Erkrankungen sein, wie Posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen, Angststörungen, Schizophrenien, Substanzmissbräuche und eigene Suizidalität. Wolfersdorf weist hier auf die besondere Verantwortung des Hausarztes hin, der das Wissen um diese erhöhte Krankheitsgefährdung haben und entsprechend intervenieren muss. Im Rahmen der medizinischen Versorgung ergibt sich die Gelegenheit, diagnostische Behandlungsbedürftigkeit zu erkennen oder auszuschließen (vgl. Wolfersdorf 2000, S. 180). In der Praxis ist es aufgrund von Fachkräftemangel und eingeschränkten zeitlichen Rahmenbedingungen nur eingeschränkt möglich, dass Ärzte dies leisten können.

Verschiedene Aspekte können auf den Trauerprozess der Hinterbliebenen Einfluss nehmen. Es ist ausschlaggebend, welchen Charakter die eigene Beziehung zum verstorbenen Angehörigen hatte, wie tief sie war und wie lange sie bestand. Außerdem spielt es eine große Rolle, wie stark sich der Verlust auf das Alltagsleben der Hinterbliebenen auswirkt (vgl. Illes 2015, S. 66f.).

Im Umfeld der sich suizidiert habenden Person bleiben Betroffene des sozialen Beziehungsgefüges zurück. Die Suizidalität begleitet die Hinterbliebenen meist im Vorfeld über einen längeren Zeitraum. Der Eintritt des Todes löst bei den trauernden Personen Reaktionen wie Schock, Verzweiflung und Fassungslosigkeit aus. Suizidtrauernde setzen sich intensiv mit dem Hinterfragen von Ursachen und der sie selbst betreffenden Schuld auseinander. Diese Gefühle sind teilweise so unerträglich, dass es zu verschobenen Schuldzuweisungen in Form von Vorwürfen kommt, beispielsweise gegenüber Ärzten. Angehörige quälen Schuldgefühle, warum sie die existenzielle Notlage des Verstorbenen nicht erkannten, ob sie den Suizid verhindern konnten oder ihr Verhalten Auswirkungen auf die suizidale Handlung hatte. Die Frage nach den Gründen des Suizides wird für sie nie wirklich beantwortet.

In diesem Zusammenhang nennt Wolfersdorf vier wesentliche Aspekte, welche die Spezifik der Trauer nach einer Selbsttötung kennzeichnen. Zunächst stellen sich Hinterbliebene die Frage nach dem „Warum“, die sie meist ein Leben lang begleitet. Angehörige setzen sich wiederkehrend mit Schuldgefühlen und ihrer Beteiligung an dem Suizid auseinander, zum Beispiel an der Entstehung einer depressiven Erkrankung. Suizidtrauernde fühlen sich abgelehnt, verlassen und in einer komplizierten Lebenssituation im

Stich gelassen, woraus Aggressionen entstehen können. Ein weiteres Merkmal der Suizidtrauer ist die Stigmatisierung des Umfeldes mittels offener oder verdeckter Schuldzuweisungen, welche nicht selten zu Isolation oder erneuten Scham- und Schuldgefühlen führen (vgl. Wolfersdorf u.a. 2011, S. 233f.).

Paul führt dazu aus, dass Angehörige von Suizidenten die Frage nach den Gründen oft mit Schuldzusammenhängen beantworten. Diese Schuldzuweisungen können hilfreich sein, um das Gefühl der Ohnmacht zu mindern und Bindungen über den Tod hinaus herzustellen. Die Suizidtrauernden und deren Begleiter brauchen viel Geduld, bis die zugrunde liegenden Nöte und Bedürfnisse mit anderen Mitteln befriedigt werden. Für die Aufarbeitung der Schuldvorwürfe ist es von großer Bedeutung, Informationen über die Umstände des Suizides zu erhalten. Dies ermöglicht, die Realität des Todes zu begreifen, da eine Abschiednahme von der Leiche oft nicht oder nur verzögert möglich ist. Finden nahe Angehörige die verstorbene Person selbst auf, löst dies meist traumatische Reaktionen aus, welche den Trauerprozess behindern können (vgl. Paul 2010, S. 193-196).

3.3 Reaktionen des sozialen Umfeldes

Der Tod eines Menschen durch Suizid bewirkt im sozialen Lebenskreis der Angehörigen Bestürzung, aber auch Anteilnahme und Mitgefühl. Das Umfeld stellt sich die Frage, warum es zu diesem schrecklichen Ereignis gekommen ist. Es werden Spekulationen über die Vorgeschichte und den Anlass der suizidalen Handlung angestellt. Aus diesen Gesprächen sind die engsten Hinterbliebenen meist ausgeschlossen. Zwischen dem engeren und dem weiteren Umfeld ist eine fehlende Kommunikation feststellbar, welche oft auch innerhalb der Familie vorherrscht. Die Tabuisierung des Themas Suizid ist meist in einer Unwissenheit und Unsicherheit im Umgang mit den betreffenden Personen begründet. Erklärungsmodelle wie beispielsweise bei schweren physischen Erkrankungen oder Unfällen existieren nicht. Der soziale Nahraum beschäftigt sich hauptsächlich mit der Frage, welche Probleme die Suizidentin oder der Suizident hatte und ob die Selbsttötung zu verhindern gewesen wäre. Das verdeutlicht, dass Angehörige in einen Zusammenhang mit dem Suizid gesetzt werden, ohne sie aktiv einzubeziehen (vgl. Heilborn-Maurer 1988, S. 9f.).

Hinterbliebene von Suizidenten können mit Desinteresse und einer Verweigerung der Anteilnahme aus ihrem Umfeld konfrontiert werden. Der soziale Nahraum reagiert unter

anderem mit der Verharmlosung des Geschehenen, Anstellen von Vermutungen zu Gründen oder dem Abwenden von Trauernden. Dabei wird der Fokus auf die Betroffenen gerichtet und lenkt von eigenen Ängsten und Unsicherheiten ab. Im Gegensatz dazu können Angehörige eine große soziale Unterstützung erfahren. Menschen, von denen es nicht erwartet wurde, leisten unerwartet Beistand. So vertiefen sich bestehende Beziehungen und neue Bindungen können entstehen. Der Bekannten- und Freundeskreis sortiert sich in der Folgezeit teilweise neu.

Die Reaktionen des sozialen Nahraumes haben einen erheblichen Einfluss auf die Bewältigung eines Suizides. Dem Umgang der Gesellschaft mit dieser Personengruppe ist ebenfalls eine große Bedeutung beizumessen.

3.4 Reaktionen der Gesellschaft

Der Umgang mit Suiziden stellt für jeden Menschen eine große Herausforderung dar. „In unserer Kultur gibt es heute nur noch wenige Themen, die in ähnlicher Weise Beklemmung und Sprachlosigkeit auslösen“ (Eink u.a. 2017, S. 10). Das ist mit der gesellschaftlichen Verdrängung des Todes sowie mit der Tabuisierung von Suiziden als unerklärliche Todesursache zu begründen. Die Zahl von circa 10.000 Menschen, die sich pro Jahr in Deutschland suizidieren, wird im privaten und öffentlichen Diskurs kaum wahrgenommen. Dieser Thematik ist mindestens eine ebensolche Bedeutung beizumessen und ähnliche gesellschaftliche Diskussionen zur Prävention zu führen wie zum Beispiel bei Verkehrstoten. So dramatisch jedes Einzelschicksal eines Suizides für die Hinterbliebenen ist, muss es nicht nur als ein individuelles, sondern auch als ein gesellschaftliches Phänomen betrachtet werden (vgl. ebd., S. 10f.).

Selbsttötungen besitzen eine zutiefst verstörende Komponente und widersprechen dem allgemeingültigen Naturgesetz, dass der Mensch einen unbedingten Überlebenswillen besitzt. Die Verunsicherung im Umgang mit der Problematik im öffentlichen Raum und in der medialen Berichterstattung löst ein Vermeidungsverhalten aus. In der akuten Situation nach einem Suizid fühlen sich gesellschaftliche Akteure oft überfordert. Bis vor wenigen Jahrzehnten wurde Suizidverstorbenen ein würdevolles religiöses Begräbnis verwehrt. Die Beisetzung erfolgte ohne Respekt und seelsorgerischen Bestand meist an einem separaten Ort auf dem Friedhofsgelände und ermöglichte kein würdevolles Andenken. Solche Tabus wirken bis heute nach, auch wenn sich in den letzten Jahrzehnten vieles im Umgang mit Suizidenten verändert hat (vgl. Paul 2010, S. 200f.).

Die moralische und religiöse Haltung innerhalb der Gesellschaft wirkt sich auf die Trauer nach einer Selbsttötung aus. (vgl. Illes u.a. 2015, S. 69). Angehörige von Suizidenten haben im Vorfeld der Selbsttötung oft Stigmatisierung erfahren. Die vollwertige Anerkennung von psychischen Krankheiten gegenüber physischen Erkrankungen findet nicht umfänglich statt. Das Auftreten einer psychischen Erkrankung bei einem Familienmitglied wird mitunter verschwiegen, da viele Vorurteile in der Gesellschaft existieren. Bei den erkrankten Menschen kann die Einweisung in eine psychiatrische Klinik Ängste auslösen, beispielsweise die Sorge der Trennung vom Lebenspartner. Suizide tragen in unserer Gesellschaft ein Stigma und sind für die Angehörigen schambehaftet. Es ist ihnen kaum möglich, den Verlust öffentlich zu betrauern. Eine in der gesellschaftlichen Wahrnehmung angenommene familiäre Konfliktsituation, die Auslöser für den Suizid war, wirkt latent auf die Hinterbliebenen. Diese Faktoren führen in vielen Fällen zu einer geringen sozialen Unterstützung seitens der Gesellschaft (vgl. Kersting u.a. 2002, S. 106ff.). Die Bewältigung der eigenen Schuldfrage im Zusammenhang mit dem Suizid wird durch fehlendes Unverständnis, Vorwürfe, Wut und Ärger aus der Gesellschaft erschwert.

Rituale besitzen eine nicht zu unterschätzende Bedeutung bei der Bewältigung von krisenhaften Übergängen. Sie erzeugen in Bezug auf den Tod eine Gemeinschaft, in der der Mensch mit seiner Trauer nicht allein gelassen wird. Trauerrituale geben Sicherheit durch das Wissen, welche Aktivitäten im Sterbeprozess ablaufen und wie sich die beteiligten Menschen verhalten. Die involvierten Personen setzen sich unbewusst mit dem Tod auseinander und der Umgang mit dem eigenen Sterben wird vorbereitet. Der Verlust hilfreicher Rituale seit dem 20. Jahrhundert erfordert neue Hilfeformen, um die Trauer um Angehörige zu bewältigen (vgl. Student u.a. 2004, S. 68f.). Dross führt dazu aus, dass Trauernde es als besonders belastend empfinden, wenn die Gesellschaft Erwartungen von schneller Intaktheit und Funktionsfähigkeit an sie stellt und lange Trauererläufe auf wenig Verständnis im Umfeld stoßen (vgl. Dross 2001, S. 69).

Die Gesellschaft trägt für jeden Menschen eine Verantwortung. Da suizidfördernde Faktoren für jedes Individuum eine Rolle spielen, hat sie sich dessen bewusst zu sein und entsprechende suizidpräventive Rahmenbedingungen zu schaffen. Dies schließt das Bildungssystem, das Gesundheitssystem und die ökonomische Absicherung ein. Ein Zusammenhang dieser Aspekte mit der Entwicklung der Suizidraten wurde festgestellt.

Das Gefühl einer gesellschaftlichen Verunsicherung und fehlende Wertorientierungen nehmen Einfluss auf Suizidendenzen (vgl. Wolfersdorf u.a. 2006, S. 407).

3.5 Auswirkungen eines Suizides auf die Angehörigen

Der Suizid eines nahestehenden Menschen gehört zu den traumatischsten Erlebnissen und hat für die nahen Angehörigen weitreichende Folgen. Es gibt in ihrer Wahrnehmung meist ein Leben vor und ein Leben nach dem Ereignis. In Folge der Selbsttötung haben sich Hinterbliebene mit einer Vielzahl von profanen Dingen auseinanderzusetzen. Polizeiliche Ermittlungen folgen, die in der Regel zur Beschlagnahme des Leichnams und persönlicher Gegenstände führen, zum Beispiel den Tagebüchern oder dem Abschiedsbrief der verstorbenen Person. Polizisten befragen die Angehörigen zur Vorgeschichte, um einen Unfall oder Mord auszuschließen. Die beschlagnahmten Utensilien werden erst nach Abschluss der Ermittlungen an die Hinterbliebenen zurückgegeben. Je nach Sachlage wird die Leiche obduziert, so dass für eine Abschiednahme und Beerdigung die Freigabe des Leichnams durch die Staatsanwaltschaft abgewartet werden muss. Diese Umstände empfinden viele Angehörige als belastend, da sie persönliche und juristische Verunsicherungen auslösen.

Die Angehörigen sind gezwungen, sich mit Notfallmedizinern, der Polizei und Staatsanwaltschaft zu beschäftigen. Gleichzeitig planen sie die Beerdigung und müssen den Kontakt zu Pfarrer, Trauerredner, Nachbarn, Freunden und weiteren Beteiligten aufnehmen. Viele Suizidtrauernde fühlen sich in dieser Situation überfordert (vgl. Eichhorn 2003, S. 28). Für das Erleben eines Angehörigen ist es ein Unterschied, ob die nahestehende Person infolge eines natürlichen Todes oder eines Suizides verstorben ist. Der plötzliche Schock, Fragen nach Hintergründen und das traumatische Erlebnis, den Leichnam entdeckt oder den Suizid beobachtet zu haben, können Auslöser für ein erschwertes Erleben der Trauer sein (vgl. Illes 2015, S. 108).

Suizidtrauernde haben in der Vorgeschichte oft Ohnmachtserfahrungen gesammelt, indem sie sich bei suizidalen Krisen in unterschiedlicher Dauer und Intensität um das Verhindern einer Suizidhandlung bemühten. Die Angehörigen durchlebten wiederholt, dass Zuwendung und Unterstützung keine dauerhafte Wirkung auf das psychische Wohlergehen des ihnen Nahestehenden hatten. Die verstorbene Person war an der Herbeiführung des eigenen Todes beteiligt. Es ist für die Angehörigen schwer oder nicht zu begreifen, dass sich ein geliebter Mensch gegen das Leben mit ihnen entschieden hat. Eine

starke Zurückweisung wird empfunden, welche plötzlich das individuelle Lebenskonzept und das eigene Selbstverständnis in Frage stellt. Betroffene haben das Gefühl einer starken Verunsicherung, welche in alle Lebensbereiche wirkt. Außenstehende fühlen sich hilflos und versuchen, dies mit Schuldzusammenhängen zu lösen. Es kann für Suizidhinterbliebene hilfreich sein, sich bewusst zu machen, dass andere Personen aus einer eigenen großen Not agieren (vgl. Paul 2010, S. 194-198).

Nach der akuten Krisenphase und allen organisatorischen Belangen, die mit dem Suizid in Verbindung stehen, kehrt für viele Menschen aus dem weiteren Umfeld weitestgehend Ruhe und Ordnung in ihrem Alltag ein. Für die nahen Angehörigen beginnt erst jetzt die schwierige Phase des Trauerprozesses. Die Verarbeitung des Todes eines geliebten Menschen läuft innerhalb der Familien sehr unterschiedlich ab. Aus einem Schutzbedürfnis wird beispielsweise die wahre Todesursache gegenüber den Kindern verschwiegen und ein anderer Grund für das Versterben innerhalb der Familie und gegenüber der Mitwelt kommuniziert. Es kann zu gegenseitigen Schuldvorwürfen, aber auch zu einer kompletten Tabuisierung kommen. In der Regel wird das Thematisieren des Suizides von außen vermieden, was oft zu sozialem Rückzug von Verwandten, Freunden und Bekannten bis zum Abbruch von Kontakten führt. Die Scham der Hinterbliebenen, andere Menschen mit ihrer Trauer zu belasten und die damit verbundene Distanzierung erschweren das Aufrechterhalten sozialer Beziehungen und behindern ein Gesunden im sozialen Umfeld. „Soziale Isolation und Leugnung des Schmerzes können jedoch für das psychische Wohlergehen äußerst schädlich sein“ (Freeman u.a. 1995, S. 144).

Die Verlusterfahrung in Verbindung mit der empfundenen Abwertung des eigenen Selbst macht es für Suizidtrauernde oft schwer, vertrauensvolle Beziehungen mit anderen Menschen einzugehen. Es stellt für sie oft eine große Herausforderung dar, Verantwortung im privaten oder beruflichen Kontext abzugeben. Die Sorge vor einem unvorhersehbaren negativen Ereignis kann in ihnen schnell Unruhe und Ängste auslösen. Aus den Schilderungen, in welcher Situation sich Angehörige von Suizidenten befinden und welche Auswirkungen sie zu bewältigen haben, leiten sich die Hilfebedarfe für diese Personengruppe ab.

4 Darstellung der Hilfebedarfe von Angehörigen nach Suiziden

4.1 Unterstützung durch das soziale Umfeld

Der Suizid eines nahen Familienangehörigen löst bei den unmittelbar davon Betroffenen eine existenzielle Krise aus. Sie benötigen die Gewissheit, sich bei Bedarf an vertraute Menschen wenden zu können. Das Gesprächsangebot gehört zu den wichtigsten Unterstützungsmöglichkeiten, die das soziale Umfeld leisten kann. Angehörigen verspüren oft ein großes Bedürfnis, sich über ihre Emotionen auszutauschen und ihrem Erleben einen Raum zu geben. Sie hoffen auf Zuspruch und Beistand in ihrem gewohnten Lebensumfeld ohne Vorurteile und Scheu. Es kann eine große Kraftanstrengung für Vertrauenspersonen sein, diese Gespräche, die starken Gefühle der Suizidtrauernden sowie ihre eigenen Emotionen auszuhalten. Die Hinterbliebenen haben mitunter das Bedürfnis, sich zurückzuziehen und den Kontakt meiden. Dafür soll ihnen Verständnis entgegengebracht werden. Vom sozialen Umfeld ist mit Rückschlägen im Trauerprozess zu rechnen, welche zur Verarbeitung des Todes gehören. Eine ablehnende Haltung oder der Abbruch des Kontaktes aus Unsicherheit oder Scham erschwert zusätzlich die Bewältigung des Suizides für die unmittelbaren Angehörigen (vgl. Heilborn-Maurer 1988, S. 196).

Für Suizidtrauernde ist es eine große Stütze, Trost zu erfahren und ihre Gefühle im Beisein von vertrauten Personen auszudrücken und zuzulassen. Es kann helfen, den Verlust wahrzunehmen, beispielsweise durch wortlosen Beistand, aufmerksames Zuhören oder Gespräche. Als sehr entlastend wird praktische Unterstützung im Alltag empfunden. Personen aus dem nahen Umfeld sollen auf ihre eigenen Grenzen achten und abwägen, zu welchem Zeitpunkt psychologische Hilfe zu empfehlen ist. Voraussetzung dafür ist ein sensibler, empathischer Umgang mit den Angehörigen, denn der Grat zwischen einem Gefühl des Aufdrängens und Desinteresses ist sehr schmal. Menschen des sozialen Nahraumes sollen sich nicht scheuen, auf die Betroffenen zuzugehen und das Bedürfnis nach Hilfe zu erfragen (vgl. Eichhorn 2003, S. 28f.). Eine kleine Geste der Aufmerksamkeit wie ein Blumenstrauß oder die Einladung zu einer Tasse Tee können eine positive Wirkung auf das psychische Wohlbefinden der trauernden Person haben. Das Gefühl, in der Trauer nicht allein zu sein und Beistand zu erfahren, ist von großer Bedeutung für die psychische Gesundheit.

4.2 Gesellschaftliche Faktoren

„Auch heute sind wir noch in unserer Gesellschaft gespalten zwischen einem suizidfreundlichen und einem antisuizidalen Klima“ (Buchmann 2017, S. 78). In der gesamten kulturgeschichtlichen Betrachtung ist festzustellen, dass diese beiden gesellschaftlichen Standpunkte existieren. Eine entscheidende Rolle für eine akzeptierende oder ablehnende Haltung in der Gesellschaft spielen die Motive der Selbsttötung. Ein Suizid aus altruistischen Motiven wird eher anerkannt als aus vermeintlich individuellen egoistischen Gründen. Es ist eine Entwicklung erkennbar, dass Suizide aufgrund einer schweren psychischen oder physischen Erkrankung eine stärkere Akzeptanz erfahren als noch vor einigen Jahren. Ausschlaggebend für die Bewertung ist das vorherrschende Menschenbild und Weltverständnis beim einzelnen Individuum und in welchem Maß einem anderen Menschen Freiheit und Selbstbestimmung zugestanden werden (vgl. Buchmann 2017, S. 78ff.). Die Bildung eines Standpunktes zu diesem Thema ist eng mit gesellschaftlichen Prozessen verknüpft. Dabei besteht eine ständige Wechselwirkung mit der individuellen Entwicklung jedes Menschen.

Die grundlegende Haltung der Gesellschaft zum Suizid nimmt Einfluss auf die Anzahl der Selbsttötungen. Den Medien kommt eine besondere Verantwortung zu. Eine sensationserregende Berichterstattung kann in der suizidalen Krise zu Nachahmungseffekten führen. Im Gegensatz bewirkt eine sensible Schilderung mit dem Aufzeigen von Hilfsangeboten zur verstärkten Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen (vgl. Sonneck u.a. 2012, S. 285f.). Medien haben mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln die Chance, einen tatsächlichen Beitrag zur Suizidprävention zu leisten. Die wertneutrale behutsame Berichterstattung über eine konstruktive Krisenbewältigung und das Aufzeigen von Hilfskontakten, Unterstützungsmöglichkeiten des sozialen Umfeldes und der Gesellschaft erhöhen die Chancen auf Linderung und Neuorientierung für Personen in der suizidalen Krise. (vgl. ebd., S. 266).

Der Deutsche Presserat verfasste in seinem Pressekodex folgende Grundsätze: „Die Berichterstattung über Selbsttötung gebietet Zurückhaltung. Dies gilt insbesondere für die Nennung von Namen, die Veröffentlichung von Fotos und die Schilderung näherer Begleitumstände“ (Deutscher Presserat 2017, S. 22). Angebote im Internet bezüglich Suizidalität sind als Informationsquelle, Suizidprävention oder zum geschützten Austausch von Betroffenen eine Möglichkeit der Unterstützung. Die Kommunikation in

Internetforen wird kontrovers diskutiert, da dies gerade bei jugendlichen Nutzern zur Nachahmung, dem so genannten Werther-Effekt, führen kann.

Die Ansprüche eines sozialen und humanen Staates entsprechend den Bedürfnissen sterbender und trauernder Menschen anzuwenden, bedeutet, die Themen Sterben, Tod und Trauer verstärkt ins öffentliche Bewusstsein zu rücken und als gesellschaftspolitische Aufgabe zu verstehen. Um eine Sterbekultur im Sinne von Teilhabe und Gerechtigkeit zu schaffen, müssen Anliegen dieser Menschen im sozialen Umfeld und im öffentlichen Raum ins Zentrum von gesellschaftspolitischen Aktivitäten rücken. Diese Aufgaben eines Sozialstaates können nicht ausschließlich der engagierten Arbeit der Hospizdienste zugeschrieben werden. Die Integration sterbender und trauernder Menschen entspricht einem würdevollen Umgang des Menschen in allen Lebensphasen (vgl. Student u.a. 2004, S. 68f.).

Seyfried traf im Jahr 1995 folgende Aussage, welche die gesellschaftliche Verantwortung verdeutlicht und sich aktueller denn je darstellt: „Generell wichtig wäre die Abkehr von einer Pseudo-Ethik der Leistung, des Wettbewerbs und des Konsums und die Verwirklichung von Sozialstaatlichkeit, Solidarität und Mitmenschlichkeit, wovon vor allem Alte, Kranke und psychisch Problembelastete profitieren würden, die oftmals unter extremer sozialer Desintegration zu leiden haben. Diese normative Umorientierung, die im Erziehungsprozess einzuleiten ist, würde nicht nur die Integration gesellschaftlicher Randgruppen fördern, sondern allen Mitgliedern der Gesellschaft zu einem Leben mit weniger Stress und Frustration verhelfen, zu einer höheren Lebensqualität, die sich zweifelsfrei positiv auf die allgemeine Suizidrate auswirken sollte“ (Seyfried 1995, S. 98).

Sozialpolitische und gesellschaftliche Rahmenbedingungen wirken sich auf die Basisarbeit aus. Einen Einblick in die Begleitung und Betreuung von Suizidhinterbliebenen gewährt ein Fachgespräch mit einer Trauerbegleiterin.

4.3 Fachgespräch mit einer Trauerbegleiterin

Aufgrund der sensiblen Thematik war es mir im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht möglich, mit betroffenen Personen ins Gespräch zu kommen. Daher nahm ich Kontakt mit Frau Birgit Jung auf, die als Trauerbegleiterin die Trauergruppe für Angehörige um Suizid im Vogtlandkreis seit ihrer Gründung im Jahr 2014 leitet. Sie erklärte sich für

ein Gespräch bereit, bat jedoch darum, dass dieses weder als Audiodatei noch in einer verschriftlichen Form Bestandteil dieser Arbeit ist. Aus diesen Gründen wird an dieser Stelle auf die wichtigsten Aspekte des Gespräches mit ihr eingegangen.

Frau Jung ist seit 2010 als Koordinatorin im Hospizverein Vogtland e.V. tätig. Zu ihren Aufgaben gehört unter anderem die Leitung der Trauergruppe „AGUS - Angehörige um Suizid im Vogtlandkreis“, die der Dachorganisation Hospizverein Vogtland e.V. angegliedert ist.

Im Vogtlandkreis suizidieren sich circa 50 Personen pro Jahr. Das in der wissenschaftlichen Literatur beschriebene Geschlechterverhältnis zwischen Männern und Frauen von drei zu eins bestätigt sich in dieser Region. Die meisten Suizidenten sind unter 40 Jahre alt. Im Vogtlandkreis werden überwiegend harte Suizidmethoden angewandt, vorrangig der Sprung von einer Brücke, Schienensuizide und Suizide durch Strangulation.

Im Interview benannte Frau Jung bezüglich bestehender Hilfsangebote für Suizidhinterbliebene interessanterweise an erster Stelle die hausärztliche Versorgung. Ein Kriseninterventionsteam überbringt in der Regel mit der Polizei die Nachricht des Todes vom Verstorbenen und ist in der ersten Phase eine Hilfe für die Angehörigen. Betroffene berichten, dass die Fachkräfte nur 30 bis 45 Minuten anwesend sind und viele Informationen übermitteln. Diese kurze Betreuung in der akuten Phase des Schocks ist für viele Angehörige nicht ausreichend, überfordert sie und wird als wenig hilfreich empfunden. Nach dem ersten Schock, der einige Stunden anhält, wird Unterstützung benötigt, weil die Hinterbliebenen erst dann aufnahmefähig für weiterführende Hilfen sind. Aus Datenschutzgründen nimmt der Kriseninterventionsdienst die Daten der Betroffenen nicht auf und leitet keine weiterführenden Hilfen ein. Das vorhandene Informationsmaterial wird sporadisch an die Angehörigen ausgehändigt. Seitens des Hospizvereins Vogtland e.V. gibt es Überlegungen, wie diese unbefriedigenden Handlungsabläufe anders gestaltet werden können.

Im Gesprächsverlauf wurde auf weitere Unterstützungsleistungen für Angehörige von Suizidenten eingegangen, beispielsweise psychologische Hilfen und Traumatherapie. Aus Erfahrung von Frau Jung wirkt sich eine zeitnahe Psychotherapie meist sehr positiv auf den Trauerverarbeitungsprozess aus und hat präventive Effekte bezüglich psychischer Erkrankungen. Trauernde der Selbsthilfegruppe berichten von einer schnellen

psychologischen Betreuung, da diese Patienten vorrangig aufgenommen werden. In der akuten Krise ist das ein sehr hilfreicher und wertvoller Aspekt.

Der zeitliche Zugang der Suizidtrauernden zur Selbsthilfegruppe ist sehr unterschiedlich. Einige Betroffene suchen nach ein bis zwei Monaten Unterstützung, andere nehmen erst nach Jahren Kontakt auf. Die individuelle Verweildauer der Suizidtrauernden in den Trauergruppen ist sehr verschieden.

Auf die Frage, wie der soziale Nahraum unterstützend wirken kann, nannte die Trauerbegleiterin primär die Akzeptanz der mit dem Suizid einhergehenden Veränderungen im Leben der Angehörigen. Menschen, die zuhören, da sind und gemeinsam die Situation aushalten, stellen eine elementare Stütze für Suizidhinterbliebene dar. Das soziale Umfeld formiert sich in der Folge teilweise neu. Ein empathischer Umgang und das Erleben von Normalität stellen eine enorme Stütze für die Angehörigen dar. Trost zu spenden und auf andere Menschen zuzugehen, gehört zu den ureigensten menschlichen Eigenschaften. Nach einem Suizid gehen vertraute Personen in ihrer Sprach- und Hilflosgigkeit den Betroffenen jedoch oft aus dem Weg. Einige Trauernde wollen ihr soziales Umfeld nicht mit ihrer Situation belasten und reagieren ebenfalls mit Rückzug.

Eine ambivalente Haltung besteht bezüglich der Öffentlichkeitsarbeit und Frau Jung äußerte, dass eine behutsame Berichterstattung über das Thema Suizid in den Medien angestrebt wird. Favorisiert wird die Basisarbeit, beispielsweise in Form von Projektarbeiten an Schulen und Kindertagesstätten. Kinder sollten frühzeitig erfassen, dass der Tod zum Leben gehört. Viele Kooperationen mit Partnern existieren diesbezüglich. Eine Ressource für die weitere Arbeit ist es, diese Themen in den Lernstoff an Schulen oder in die Schulsozialarbeit zu integrieren. Hausärzte und Krankenhäuser werden in die Öffentlichkeitsarbeit einbezogen, um behutsam Wirkungspunkte zu setzen.

Die eigene Vorbildwirkung wurde in Bezug auf eine stärkere Sensibilisierung für das Thema Suizidalität in der Gesellschaft benannt. Das Interesse von jungen Menschen für Ehrenämter zu wecken, ist ein Beispiel dafür. Ein wichtiger gesellschaftlicher Beitrag ist es, den Betroffenen Mut zu machen, nichts zu verschweigen und ihre Gefühle zuzulassen. Im offenen Umgang mit den Themen Tod und Trauer kann jeder Mensch einen aktiven Beitrag im beruflichen oder persönlichen Lebensbereich leisten.

Grundlage für die Ausübung ihrer Tätigkeit sind für die Trauerbegleiterin Sozial-, Fach- und Methodenkompetenz. Die Komponente des empathischen einfühlenden Verstehens und die Wertschätzung gegenüber den Betroffenen ist die Basis ihrer Arbeit. Kompetentes Fachwissen stellt die Voraussetzung für professionelles Handeln dar. In der Begleitung von trauernden Klienten ist zu beachten, dass Trauer meist nicht so verläuft, wie es in der Fachliteratur beschrieben ist. Der Mensch ist der Experte für die eigene Trauer und beschreitet seinen individuellen Weg. Die helfende Fachkraft fungiert als Begleitung, die zuhört, unterstützt und Ressourcen stärkt. Die Hinterbliebenen entscheiden, was unterstützend wirkt, geben Rhythmus und Geschwindigkeit vor.

Auf meine Frage zur Netzwerkarbeit benannte die Trauerbegleiterin, dass diese einen großen Stellenwert besitzt. Die Kooperationspartner müssen die bestehenden Angebote kennen und ermöglichen, dass sie von Hilfesuchenden wahrgenommen und genutzt werden können. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit Pflegeheimen, Pflegediensten, Sozialämtern, Gesundheitsämtern, AGUS e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention. Der Sozialpsychiatrische Dienst, die Telefonseelsorge und niedergelassene Psychologen zählen ebenfalls dazu.

„Die beste Hilfe ist die, welche nicht mehr gebraucht wird.“ Dieses Zitat von Frau Jung verdeutlicht ihre wertschätzende professionelle Haltung, die während des gesamten Gespräches spürbar war. Das Fachgespräch mit der Trauerbegleiterin hat gezeigt, wie wichtig spezifische Angebote für Menschen sind, die einen Suizid eines nahestehenden Menschen verarbeiten müssen. Außerdem wurde deutlich, dass die Einstellungen des sozialen Umfeldes und der Gesellschaft wesentliche Aspekte sind.

4.4 Überblick über professionelle Hilfsangebote

AGUS – Angehörige um Suizid e.V. ist eine bundesweite Selbsthilfevereinigung für Suizidtrauernde, die im Jahr 1995 aus der 1989 entstandenen Selbsthilfeinitiative AGUS gegründet wurde. AGUS e.V. ist die Dachorganisation von circa 70 Trauerselbsthilfegruppen für Suizidhinterbliebene, etwa 860 Vereinsmitgliedern in Deutschland und hält zu circa 5.000 betroffenen Menschen Kontakt. Der Verein bietet Suizidtrauernden Beratung, Betreuung und die Vermittlung von Kontakten untereinander an. Der Selbsthilfeverein stellt vielfältige Informationsbroschüren bereit und betreibt ein Internetforum für den Austausch unter Betroffenen. Die Hilfsangebote sind nicht als Alternative zu medizinisch-therapeutischer oder seelsorgerischer Unterstützung zu verstehen (vgl.

AGUS 2018, o.S.). Es bestehen für Suizidhinterbliebene regionale Angebote der Trauerbegleitung, Einzelberatung und der Möglichkeit, sich in Trauercafé's zu treffen.

Die Telefonseelsorge e.V. ist ebenfalls ein hilfreiches Angebot für Angehörige nach Suiziden. Ihre kostenfreie auf Wunsch anonyme Erreichbarkeit rund um die Uhr bietet einen niederschweligen Zugang. So können bestehende Hemmschwellen leichter überwunden werden. Die Telefonseelsorge hat einen hohen Bekanntheitsgrad und ist für Suizidtrauernde in der akuten Krise ein wichtiger erster Ansprechpartner und ermöglicht den Kontakt zu weiteren Hilfsangeboten. Die Unterstützung wird per Telefon, Chat oder E-Mail angeboten. Im Jahr 2016 nahmen 12.413 Personen betreffs eigener Suizidalität und 3.207 Personen wegen eines Suizides oder der Suizidalität eines anderen Menschen Kontakt mit der Telefonseelsorge in Deutschland auf (vgl. Evangelische Konferenz für TelefonSeelsorge und Offene Türen e.V. 2018, S. 7).

Der Kriseninterventionsdienst betreut körperlich unversehrte Menschen, die nach einem Notfallereignis unter einem akuten psychischen Schock stehen oder unter starken seelischen Belastungen leiden. Die Fachkräfte leisten oft als erste Helfer Beistand und Unterstützung für Personen in traumatischen Situationen. Der Anteil der Einsätze des Kriseninterventionsdienstes Dresden e.V. bei Suiziden und Suizidversuchen lag im Jahr 2017 bei 15% und als Überbringer einer Todesnachricht beziehungsweise Betreuung nach der Information über den Tod eines Angehörigen agierte das Kriseninterventions-team in 13% der Fälle (vgl. Krisenintervention und Notfallseelsorge Dresden e.V. 2018, o.S.).

Der Sozialpsychiatrische Dienst ist in der Regel den örtlichen Gesundheitsämtern angegliedert und bietet Beratung für Menschen mit psychischen Problemen oder psychiatrischen Erkrankungen und deren Angehörigen an.

Die Deutsche Depressionshilfe informiert Interessierte und Angehörige über die Krankheit Depression und hat das Ziel, die Erkrankung zu erforschen und Wissen darüber in der Gesellschaft zu verbreiten. Die Stiftung widmet sich der Verbesserung der Versorgungsnetzwerkes und leistet damit einen Beitrag zur Suizidprävention.

Die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfe in Lebenskrisen e.V. (DGS) ist eine Dachorganisation für alle Institutionen und Personen aus verschiedenen

Fachbereichen, die sich mit Suizidologie und Suizidprävention befassen. Die DGS widmet sich dabei der Fortbildung, Forschung, Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung von Akteuren auf diesem Gebiet. Suizidhinterbliebene können hilfreiche Informationen zum besseren Verständnis der Lebenskrise ihrer verstorbenen Angehörigen erhalten. Im Jahr 2003 wurde der 10. September durch die WHO erstmals als Welttag der Suizidprävention ausgerufen, um die Öffentlichkeit für die Thematik der Suizidalität stärker zu sensibilisieren (vgl. DGS e.V. 2018, o.S.).

Im Jahr 2002 gründete sich in Kooperation mit der DGS die Initiative Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro), in welcher über 90 Institutionen, Organisationen und Verbände vernetzt sind, um nachhaltige suizidpräventive Rahmenbedingungen zu schaffen, die auch Angehörige nach Suiziden einbezieht (vgl. NaSPro 2018, o.S.).

Eine Übersicht über psychiatrische Hilfen hat der Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (BApK e.V.) auf seiner Homepage zusammengefasst, die auch für Suizidhinterbliebene hilfreiche Informationen zu psychischen Erkrankungen bietet und das traumatische Ereignis verstehbarer macht (vgl. BApK e.V. 2018, o.S.).

5 Die spezifischen Anforderungen an die Fachkraft der Sozialen Arbeit

5.1 Besondere Gesichtspunkte der Beratung bei Trauer

Der ganzheitliche lebensweltorientierte Ansatz der Sozialen Arbeit bedingt die Verknüpfung psychoanalytischer und sozialpädagogischer Aspekte. Unter diesem Blickwinkel sind psychische und soziale Faktoren für die Entstehung und Behandlung von Störungen einzubeziehen. Ein wechselseitiger Einfluss von Psychoanalyse und Sozialarbeit hat eine sozialpolitische Bedeutung, da deren Verbindung die Versorgung betroffener Klienten mit entsprechenden Unterstützungsangeboten erhöht (vgl. Stemmer-Lück 2004, S. 15). Diese Aspekte in der Sozialen Arbeit umzusetzen, ist für Fachkräfte eine große Herausforderung.

In Deutschland existieren noch immer bemerkenswerte Wissenslücken in Bezug auf Trauerprozesse im Kontext von Psychotherapie und Beratung. Gleichzeitig ist eine mangelnde Bereitschaft festzustellen, sich mit Reaktionen des Menschen auf Verlusterfahrungen zu befassen. Im Rahmen einer Psychotherapie erfahren trauernde Menschen

mitunter, dass ihnen mit Schweigen und Unverständnis begegnet wird. Der von Carl Rogers entwickelte personenzentrierte Beratungsansatz ist ein geeignetes Konzept, um Menschen in Krisensituationen nach Sterben, Tod und Trauer zu begleiten und zu unterstützen. Die von Rogers benannten fundamentalen Grundhaltungen der Echtheit, Empathie und Wertschätzung sind besonders wirkungsvoll, Personen in Grenzsituationen zu begleiten, ohne ihnen die Kompetenz der Selbsthilfe abzusprechen (vgl. Backhaus 2017, S. 11f.).

In der Beratung und Begleitung von trauernden Personen geht es anfangs darum, aktiv und sensibel zuzuhören, was Rogers auch als einführendes Verstehen definiert. Ein personenzentrierter Beratender muss sich auf die Situation des Trauernden einlassen können und wollen, ohne sich von der Trauer vereinnahmen zu lassen. Im nachfolgenden intensiven Verstehen der Lebenssituation des Klienten kann der Begleiter den Weg der Entwicklung gemeinsam mit dem Hinterbliebenen gehen (vgl. Mucksch 2015, S. 29f.).

Das Tempo dieses Prozesses bestimmt die trauernde Person. Der Berater nimmt es in seiner akzeptierenden, wertschätzenden und empathischen Haltung auf und agiert als Begleitung. Das Merkmal der Akzeptanz ist in der Beratung Trauernder bedeutsam, weil Hinterbliebene nach dem Todesfall in ihrem sozialen Umfeld schnell auf Unverständnis für ihre Lebenssituation und Bedürfnisse stoßen. Dem Wunsch nach Rückzug wird oft ebenso wenig begegnet wie dem Bedürfnis nach wiederholtem Erzählen des Erlebten. Personen aus dem nahen Umfeld sind meist verunsichert, wie sie mit den Gefühlen der Trauernden umgehen sollen und signalisieren, dass der Angehörige schnell wieder funktionieren soll. Die bedingungslose Wertschätzung des Begleiters kann dem Hinterbliebenen helfen, seine Trauer anzunehmen (vgl. ebd., S. 32f.).

Trauernden Menschen können durch eine empathische Haltung des personenzentrierten Beraters ihre eigene Sprachlosigkeit überwinden und das Gefühl bekommen, verstanden zu werden. Der Begleitende wird aktiv, indem er dem Betroffenen dessen eigene Äußerungen sinngemäß wiederholt und ihm den Zugang zur Trauerverarbeitung erleichtert. Dieser mehrdimensionale Vorgang setzt die spürbare Präsenz des Helfenden voraus, die der Klient wahrnimmt (vgl. ebd., S. 46f.). „Halt durch Haltung ist hier der entscheidende Punkt im Gegensatz zur direkten Aktion durch tätiges Handeln“ (ebd., S. 40).

Das Beratungsmerkmal der Echtheit des Beraters meint sein wirkliches Interesse an der trauernden Person. Voraussetzung für eine vertrauensvolle Beratungsebene ist die von der eigenen Authentizität geprägte innere Einstellung. Die von Menschlichkeit und Zuwendung geprägte Haltung setzt lebenslanges Lernen und stetige Selbstreflexion voraus. Hierbei steht nicht die Professionalität der Fachkraft im Zentrum, sondern ihr aufrichtiges Agieren. Dies schließt sowohl Sprache als auch nonverbales Verhalten als Ausdrucksformen ein (vgl. ebd., S. 52ff.).

Alle drei von Rogers definierten Beratungsmerkmale sind nur dann wirksam, wenn sie sich in einem selbst steuernden Gleichgewicht befinden (vgl. ebd., S. 45). Von elementarer Bedeutung ist es, sich in der Beratung auf einen trauernden Menschen einzulassen und ihm das Gefühl zu vermitteln, sich mit seinem Erleben und seinen Emotionen in einer sicheren Atmosphäre öffnen zu können. Die sozialpädagogische Fachkraft trägt mit ihrer von Echtheit, Akzeptanz und Empathie geprägten Grundhaltung entscheidend dazu bei, dass die Trauer und die damit verbundenen Gefühle einen Raum bekommen und der Bewältigungsprozess unterstützt wird (vgl. Backhaus 2017, S. 160 f.).

In der Begleitung von Suizidhinterbliebenen sollen sich Fachkräfte nicht vordergründig mit dem Analysieren der Ursachen für die Selbsttötung befassen, sondern sich den Trauernden zuwenden und Verständnis entgegenbringen. Gefühlen von Wut, Schuld und Scham ist Raum zu geben sowie Akzeptanz und Wertschätzung auszudrücken. So können sich neue Handlungsspielräume für die Angehörigen eröffnen (vgl. ebd., S. 105-109).

Professionelle Beratung mit trauernden Menschen stellt an Sozialarbeiter große Herausforderungen. Die erforderlichen Kompetenzen und Aspekte der Selbstfürsorge werden im weiteren Verlauf der Arbeit betrachtet.

5.2 Kompetenzen und Selbstfürsorge der Fachkraft

Die Arbeit mit trauernden Personen zählt für Beratende zu den größten Herausforderungen in ihrer Tätigkeit. Soziale Arbeit bewegt sich in oft in Krisenfeldern und ist gefordert, mit kritischen Lebensereignissen professionell umzugehen. Diese Krisen sind meist mit Verlusten verknüpft und setzen spezifisches Handeln voraus. Trauerarbeit bezieht sich nicht nur auf Sterbefälle, sondern auch auf die Bewältigung von Krankheiten, Ablöseprozessen in der Adoleszenz, Abhängigkeiten durch Lebenspartner und Kinder

sowie den Wegfall erworbener Fähigkeiten im Alter und den damit verbundenen Verlusten. Die Profession Soziale Arbeit ist gefordert, das betroffene Klientel beim Entwickeln gesunder Bewältigungsstrategien zu unterstützen. Dies setzt bei Sozialarbeitenden eine emotionale Stabilität, methodisches Können, fundiertes Fachwissen zu Trauerprozessen und deren Bearbeitung voraus (vgl. Student u.a. 2004, S. 98f.).

Ein Teil der erforderlichen Kompetenzen ist bei der Fachkraft vorhanden, andere werden durch Erfahrungslernen erworben. Der Prozess des lebenslangen Lernens trägt zur Entwicklung von Kompetenzen bei, indem sich die Fachkraft in der praktischen Tätigkeit stetig entwickelt, reflektiert und revidiert (vgl. Scheuermann u.a. 2003, S. 196f.).

Die Fachkraft der Sozialen Arbeit benötigt in der Beratung und Begleitung trauernder Angehöriger neben Fachkompetenz und Sozialkompetenz auch ein hohes Maß an selbstreflexiver Befähigung. Aufrichtigkeit sich selbst gegenüber und das damit verbundene Wahrnehmen und Akzeptieren eigener Unsicherheiten sind in der Betreuung trauernder Menschen elementar. Das Zulassen und Reflektieren persönlicher Gefühle sowie das Verbalisieren gegenüber den Klienten ist ein Zeichen für die Selbstkongruenz des Beraters. So ist es möglich, den Trauernden zu verdeutlichen, dass es ein typisches Empfinden ist, sich in dieser Lebenssituation unsicher und hilflos zu fühlen (vgl. Muksch 2015, S. 54f.).

Um den Klienten in diesem Kontext angemessen und kompetent zu begegnen, ist es wichtig, sich mit persönlichen Erfahrungen und der eigenen Haltung zu Trauer und Suizidalität auseinanderzusetzen. Trauerprozesse und der Umgang mit Verlusten sind meist aus der eigenen Biografie bekannt. Die Konfrontation mit den Schicksalen der Klienten setzt ein hohes Maß an emotionaler Stabilität und die Fähigkeit zu einem sorgsamem Umgang mit sich selbst voraus. Die von Rogers benannte Grundhaltung der Echtheit des Helfers meint auch die Achtsamkeit gegenüber seinem inneren Erleben, die sich positiv auf die Arbeit mit den Klienten auswirkt. Der wertschätzende und einfühlsame Blick auf die persönlichen Gefühle und die Kenntnis der individuellen Stärken und Schwächen sind Voraussetzung für ein selbstregulierendes Verhalten beim Erkennen der eigenen Belastungsgrenzen. In helfenden Berufen ist es bedeutsam, auf den Selbstschutz zu achten und für die eigene Psychohygiene zu sorgen (vgl. Backhaus 2017, S. 162-164).

Diese Einstellungen ermöglichen es, belastende Erlebnisse von Klienten mit der notwendigen Empathie und Distanz anzuhören, selbst wenn sie an eigene Erfahrungen erinnern. Die Auseinandersetzung mit eigenen Verlusterfahrungen und das Durchdringen dieser Thematik befähigen die sozialpädagogische Fachkraft zu einem professionellen Umgang mit trauernden Hinterbliebenen nach Suiziden. Der fortwährende Prozess der Beschäftigung mit der persönlichen Verlustbiografie kann zur Reflexion der Motivation für die Arbeit mit trauernden Menschen führen. Die Frage, warum sich ein Helfer für diese Tätigkeit entschieden hat und was für einen Nutzen er daraus zieht, ist wichtig für die eigene selbstreflexive Haltung und die notwendige innere Balance (vgl. ebd., S. 165-167).

Beratungssituationen mit trauernden Menschen bringen Sozialarbeitende mitunter an die eigenen Grenzen. Sie müssen sich bewusst sein, welche Unterstützung sie im Rahmen ihres Auftrages leisten können. Möglichkeiten, sich in internen Fallbesprechungen stets selbst zu hinterfragen, leistet einen wichtigen Beitrag zum Selbstschutz des Beraters. Ein ausgewogenes Verhältnis von Fürsorge und Selbstsorge gilt für alle Tätigkeiten in helfenden Berufen. Wer genügend für sich selbst sorgt, kann andere Menschen bei der Bewältigung ihrer Lebenskrisen und Problemlagen unterstützen (vgl. Muksch 2015, S. 111-115). Die beratende Fachkraft soll sich im Rahmen von fachlich qualifizierter Supervision in regelmäßige Selbstreflexionsprozesse begeben und ihr erworbenes Erfahrungswissen in Teambesprechungen teilen. Hier ist im Besonderen der Träger der sozialen Einrichtung gefordert, entsprechende Angebote für das sozialpädagogische Team zu schaffen.

5.3 Handlungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit

Schwerpunktmäßig arbeiten sozialpädagogische Fachkräfte in verschiedensten Feldern der Sozialen Arbeit mit Klienten, die den Risikogruppen für Suizidalität zuzuordnen sind. Es ist anzunehmen, dass die Fachkraft Berührungspunkte mit Angehörigen von Suizidenten bekommt und sich der Trauerarbeit als Aufgabe stellen muss. Sozialpädagogen können trauernden Personen Gespräche anbieten und Empathie für deren Gefühle von Schuld, Scham, Ärger und Zorn entgegenbringen. Suizidhinterbliebene haben oft das Bedürfnis nach Erklärung, Distanzierung und Hilfestellung bei rechtlichen Abläufen (vgl. Illes u.a. 2015, S. VII).

Professionelle Beratung und Begleitung erfordert das Bewusstsein der persönlichen Haltung zum Thema Suizidalität, da dies grundlegende Werte berührt. Zu den Faktoren, welche die eigene Einstellung beeinflussen, zählen das Wissen zum Thema sowie Erfahrungen mit suizidalen Personen im privaten und beruflichen Umfeld. Gesellschaftlich-kulturelle Normen zu Suizidalität haben sich über die Jahrhunderte gewandelt und nehmen Einfluss auf die eigene Positionierung. Ein wichtiger Aspekt für die persönliche Haltung ist, ob sich der professionell Helfende Gründe für Suizidalität vorstellen kann und welche Gesichtspunkte Menschen von einer suizidalen Handlung abhalten können. Diese Standpunkte bezüglich der Einstellung zur eigenen Suizidalität sind zu hinterfragen (vgl. ebd., S. 46f.).

Sozialarbeitende müssen sich damit auseinandersetzen, inwieweit sie sich auf die Beratung und Begleitung von Suizidangehörigen einlassen können und wollen. Die Mitteilung des Todes an Angehörige stellt insbesondere nach einem Suizid eine schwierige Aufgabe dar, die sich für Fachkräfte verschiedener Berufe unvermittelt stellt. Es gilt, Ruhe und Kompetenz auszustrahlen und auf unterschiedliche Reaktionen beim Überbringen der Todesnachricht vorbereitet zu sein. In der weiteren Begleitung der Angehörigen soll sich die sozialpädagogische Fachkraft jederzeit hinterfragen, ob sie sich der Situation gewachsen fühlt. Das Team und die Leitung der Institution sind zu involvieren, Netzwerkpartner einzubeziehen und weiterführende Hilfen anzubieten. Für den professionellen Umgang mit Suizidtrauernden ist es maßgebend, dass sie in einem sicheren und stabilen Rahmen begleitet werden (vgl. ebd., S. 110f.).

Der Schockzustand der Angehörigen unmittelbar nach Kenntnis des Suizides bewirkt meist eine geringe Konzentrationsfähigkeit. In der Kommunikation ist auf kurze einfache Sätze zu achten und die Worte sind eindeutig und einfühlsam zu wählen. Fremdwörter sollen vermieden werden, damit es zu keinen Missverständnissen oder falschen Hoffnungen bei den Hinterbliebenen kommt. Auf Fragen der Angehörigen, welche die Umstände des Suizides betreffen, soll der Helfer eingehen, wenn konkrete Informationen dazu bekannt sind. Unsicherheiten sind offen zu äußern und Vermutungen und vorläufige Aussagen zu vermeiden. In Schocksituationen prägen sich Aussagen und viele Details stark ein und bekommen eine sehr große Wichtung.

Im Verlauf des Gespräches mit den Hinterbliebenen sind weitere psychosoziale Unterstützungsmöglichkeiten abzuklären. Das können Personen aus der Familie, dem

Freundes- oder Bekanntenkreis sein, die auf Wunsch um Hilfe gebeten werden. Die Angehörigen wollen aus Scham und wegen befürchteter Stigmatisierung mitunter die Art des Todes nach außen verschweigen, was die Suche nach emotionalem Beistand erschwert. Trotzdem ist darauf zu achten, dass Betroffene unmittelbar nach der Todesnachricht nicht allein sind, da bei ihnen ein erhöhtes Suizidrisiko besteht. Die Hinterbliebenen sind über Hilfsangebote zu informieren und bei Bedarf Kontakte zur Krisenintervention oder zu Ärzten zu vermitteln. Informationen über Angebote von professionellen Helfern, Notfallseelsorgern und Selbsthilfegruppen sind mitzuteilen, Adressen und Ansprechpartner für weiterführende Unterstützung in schriftlicher Form bereit zu halten oder auszuhändigen (vgl. ebd., S. 110f.).

Im Umgang mit trauernden Menschen sind wesentliche Kriterien zu beachten. Dazu gehört, den Tod der verstorbenen Person klar zu benennen und die eigene Gesprächsbereitschaft zu signalisieren. Die Trauernden müssen Gelegenheit und Raum für Trauer erhalten und ihre Gefühle sollen aus gut gemeinten Motiven nicht beschwichtigt werden. In der Kommunikation sind Mitgefühl und Trost zu äußern und die Reaktionen des Gesprächspartners sorgfältig wahrzunehmen. Für die Verarbeitung der Trauer hat das Wiederholen der Erlebnisse mit der verstorbenen Person eine Schlüsselfunktion. Es ist wichtig, Angehörige erzählen zu lassen, ihnen aktiv zuzuhören und auf Unterschiede zu achten. Rückzug ist eine typische Trauerreaktion. Helfende Personen sollen nicht passiv abwarten, bis Unterstützungsbedarf signalisiert wird. Trotz wiederholter Ablehnung ist das Signal wertvoll, behutsam einen Hilfekontakt angeboten zu bekommen. Der Prozess der Trauer erfordert viel Geduld. Angehörige sind zu einem späteren Zeitpunkt möglicherweise bereit, Hilfe anzunehmen. Im ersten Jahr nach dem Todesfall ist dafür Sorge zu tragen, dass trauernde Personen an wichtigen Tagen, wie zum Beispiel Geburtstage, Todestage und Feste nicht allein gelassen werden. Um neue Enttäuschungen und Unsicherheiten zu vermeiden, müssen Angehörigen das Gefühl haben, sich verlassen zu können. Absprachen und Vereinbarungen sind einzuhalten und von der helfenden Fachkraft muss eindeutig kommuniziert werden, wobei sie konkret unterstützen kann (vgl. Lammer 2014, S. 89f.).

Die Erfahrung von Solidarität und Gemeinschaft ist in der Trauerbewältigung elementar. Der Austausch mit anderen Betroffenen in Selbsthilfegruppen, die ähnliches erlebt haben, lässt Hinterbliebene Gemeinsamkeiten wahrnehmen und wirkt drohender

Isolation entgegen. Angehörige von Suizidenten entwickeln oft ein großes Bedürfnis nach Sicherheit. Hier setzt Soziale Arbeit an und wirkt stabilisierend, indem sie beispielsweise Ressourcen des sozialen Nahraums aktiviert, für eine Beteiligung an der sozialen Gemeinschaft motiviert oder Betroffene bei Behördengängen begleitet.

5.4 Der Stellenwert von Netzwerkbeziehungen für die Soziale Arbeit

Der Vernetzungsgedanke besitzt im Agieren von Sozialer Arbeit einen großen Stellenwert. Das Bündeln vorhandener Angebote und das Zusammenwirken unterschiedlicher Akteure schafft ein Netzwerk im Interesse der Klientel. Die Qualität dieser Verzahnung hängt vom professionellen Anspruch, der Arbeitsweise der beteiligten Träger und ihrer sozialpädagogischen Fachkräfte ab. Es ist für jeden Fachbereich der Sozialen Arbeit wesentlich, dass die sozialpädagogischen Angebote in der Gesellschaft fest verankert sind und wahrgenommen werden. Nur so ist ein Zugang der jeweiligen Zielgruppe zu den Unterstützungsleistungen möglich. Die Bündelung der Akteure sozialer Arbeitsfelder fördert den Austausch untereinander und trägt zu Synergieeffekten bei. In der praktischen Sozialarbeit findet die Vernetzung einzelner Hilfsangebote häufig nicht in ausreichendem Maße statt. Der Zugang für die angesprochene Zielgruppe wird durch eine Vielzahl von Hürden erschwert. Fachkräfte verschiedener Professionen helfender Berufe sollen sich in der Betreuung und Begleitung von Suizidtrauernden in einem Kooperationsnetzwerk zusammenschließen und interdisziplinär miteinander arbeiten.

Als eine Art Schnittstelle nimmt der Hausarzt in der Arbeit mit Angehörigen nach Selbsttötungen eine wichtige Funktion ein. Eine große Anzahl der Suizidenten sucht kurz vorm Tod den Hausarzt auf. Familienmitglieder haben mitunter zum gleichen Arzt ein enges Vertrauensverhältnis. Diese Patienten anschließend zu betreuen und weiterführende Hilfen im medizinischen und sozialen Bereich zu vermitteln, hat einen präventiven Effekt bezüglich Folgeerkrankungen oder psychischen Belastungen. Ämter und Behörden, die mit Hinterbliebenen in Kontakt kommen, müssen sich ihrer Verantwortung bewusst sein, Betroffene über spezifische Beratungs- und Hilfsangebote zu informieren. Ein Hinweis auf Angebote von Trauerselbsthilfegruppen in Standesämtern beim Ausstellen der Sterbeurkunden hat beispielsweise eine vernetzende Wirkung.

6 Fazit

Die Bearbeitung des Themas der Hilfebedarfe von Angehörigen nach Suiziden und den daraus resultierenden Anforderungen an die Soziale Arbeit hat gezeigt, dass im wissenschaftlichen Diskurs eine umfassende Auseinandersetzung mit dem Phänomen Suizidalität stattfindet. Die spezifische Problematik von Suizidhinterbliebenen ist in der Fachliteratur oft nur ein Randthema oder wird gar nicht erwähnt. Erst seit einigen Jahren wird sich mit der Frage befasst, welche Tragweite ein Suizid auf Angehörige des nahen und weiten Umfeldes hat. Anforderungen, die sich an die Soziale Arbeit stellen, werden in diesem Kontext nur in spezifischen Arbeitsfeldern aufgearbeitet, in denen Menschen in Krisensituationen und Trauerprozessen begleitet werden, zum Beispiel in Kriseninterventionszentren, Hospizdiensten und Trauerberatungsstellen.

Die Soziale Arbeit hat hier eine besondere Verantwortung für das gesellschaftlich gemiedene Thema Suizidalität. Sie kann jederzeit damit konfrontiert werden. Die Frage nach dem Sinn des Lebens beschäftigt jeden Menschen im Laufe seines Lebens und kann ihn in existenzielle Krisen stürzen. Es muss den professionellen Fachkräften bewusst sein, dass in jedem Menschen suizidale Tendenzen in unterschiedlicher Ausprägung vorhanden sind, die durch Risiko- und Schutzfaktoren begünstigt oder gehemmt werden können. Die Entscheidung, ob ein wahrgenommenes Signal einer Klientin oder eines Klienten aufgegriffen und thematisiert wird, obliegt der sozialpädagogischen Fachkraft.

Das komplexe Thema der Suizidalität und die Begleitung von Hinterbliebenen nach einem solchen Sterbefall ist für die beratende Fachkraft eine besondere Herausforderung und erfordert emotionale Stabilität. Klienten, die sich gegenüber Sozialarbeitern zu einem zurückliegenden Suizid in ihrem Umfeld äußern, sollten uns nicht erschrecken. Es zeugt von einem großen Vertrauen, sich zu diesem verletzlichen Thema zu öffnen. Die Situation mit den Angehörigen auszuhalten, gemeinsam zu schweigen, Rituale zu pflegen, ein einfacher Händedruck oder eine Umarmung können ein wertvoller emotionaler Beistand sein. Schweigend da zu sein ist oft wichtiger als das Gespräch. Den Hinterbliebenen Raum zu geben, ihrer Trauer Ausdruck zu verleihen, kann Erleichterung schaffen. Professionell Helfende können trauernde Menschen ermutigen, über den Verlust zu sprechen und dabei unterstützen, diesen zu akzeptieren.

Die Themen Sterben, Tod und Trauer sowie die Begleitung und Beratung von Angehörigen nach Suiziden stehen nicht im unmittelbaren Fokus der Profession Soziale Arbeit. Im Studium und in der Ausbildung sind Studierende und Auszubildende vor allem in den Berufen als Sozialarbeiter, Arzt, Psychologe, Kranken- und Altenpfleger, Polizist sowie Lehrer für diese Thematik stärker zu sensibilisieren. Es bedarf einer stetigen Weiterbildung der Fachkräfte in medizinischen und sozialen Fachbereichen, um sich grundlegende theoretische Kenntnisse, beispielsweise über psychische Erkrankungen und Wissen über Trauer anzueignen. Ein erhöhtes Bewusstsein für die Problematik sowie Kenntnisse über Risiko- und Schutzfaktoren von Suizidalität sind elementare Voraussetzungen für die Arbeit mit Suizidtrauernden. Im Rahmen der Kooperation mit Netzwerkpartnern müssen relevante Hilfs- und Unterstützungsangebote bekannt sein, auf die im Bedarfsfall schnell zurückgegriffen wird.

Eine professionelle wertschätzende Einstellung und die Mitgestaltung an einer lebensbejahenden Welt können einen Beitrag zur Verbesserung des Wohlbefindens leisten und die Lebensqualität jedes einzelnen Menschen verbessern. Das echte Interesse am Menschen und das Vertrauen in die Kompetenz, seine Probleme zu bewältigen, ist eine grundsätzliche Haltung der Sozialen Arbeit. Im offenen Umgang mit den Themen Tod und Trauer kann sie aktiv zur Enttabuisierung beitragen.

Sozialpädagogische Fachkräfte haben die Möglichkeit, der vorherrschenden Stigmatisierung in der Gesellschaft gegenüber Suizidenten und ihren Angehörigen entgegenzuwirken. Mittels Öffentlichkeitsarbeit in Bildungs-, Gesundheits- und Mediensektoren bietet sich die Chance, eine Änderung der Haltung in der Gesellschaft herbeizuführen. Im Rahmen von Gemeinwesenarbeit fördert das Einbeziehen von Menschen des nahen und weiteren sozialen Lebenskreises Aktivitäten in der Gemeinschaft, in denen sich Solidarität und eine neue Kultur des Miteinanders entwickeln kann.

In der Betreuung und Begleitung von Angehörigen nach Suiziden können Sozialarbeitende zur Herstellung alltagstypischer Handlungskompetenzen beitragen, das heißt den Betroffenen bei lebenspraktischen Problemen zur Seite zu stehen. Suizidhinterbliebene fühlen sich oft kraftlos und verspüren keinen Antrieb für Aktivitäten jeglicher Art. Eine Form der Hilfe kann die Begleitung bei Behördengängen oder die Mobilisierung sozialer Bezugspersonen sein, die beispielsweise beim Einkaufen oder der Kinderbetreuung unterstützen. Die Einbettung in ein soziales Netz ist ein wichtiger Aspekt bei der

Bewältigung des traumatischen Ereignisses. Es bedarf bei der Betreuung dieser Klientel viel Geduld und des kontinuierlichen Angebotes von Hilfe, um eine schrittweise Rückkehr in den Alltag zu ermöglichen.

Fachkräfte der Sozialen Arbeit haben die Aufgabe, den Zugang zu Hilfsangeboten zu schaffen, zum Beispiel zu Trauergruppen nach Suiziden. Institutionen, die mit Angehörigen nach Suiziden Berührungspunkte haben, sind auf deren Problematik aufmerksam zu machen und zu vernetzender Arbeit zu aktivieren, indem sie zum Beispiel über spezifische Hilfsangebote informieren.

Sozialarbeitende können in ihrer Tätigkeit auf verschiedene Weise an Grenzen geraten. Die Fachkräfte bewegen sich in einem Spannungsfeld aus persönlichem Anspruch und dem Auftrag, den sie im Kontext des Arbeitsfeldes haben. Es gilt, gesetzliche Rahmungen zu beachten und den Wunsch des Klienten vordergründig zu berücksichtigen.

Die Konstellation, dass Klienten während einer Beratung über den Suizid eines nahestehenden Angehörigen informiert werden, ist kaum vorstellbar. In meiner beruflichen Praxis wurde ich schon mehrfach mit einer solchen Situation konfrontiert. In diesen Momenten die Ruhe zu bewahren und der zu betreuenden Person eine mitfühlende Stütze zu sein, setzt eine wertschätzende Grundhaltung und die vorherige Auseinandersetzung mit den Themen Sterben, Tod und Trauer voraus. Die Bewältigung meiner persönlichen Verlusterlebnisse, eigener Trauerprozesse und das echte Interesse an den Betroffenen veränderte meine Wahrnehmung. Meine Sensibilität für das Thema Suizidalität ermöglicht mir ein aufmerksames Reagieren auf Menschen in diesen Situationen.

Die Auseinandersetzung mit der Problematik von Angehörigen nach Suiziden hat mich emotional sehr gefordert. Einerseits begründet sich das in der Thematik. Die Reaktionen meines Umfeldes bezüglich des Themas der vorliegenden Arbeiten gaben mir Recht, diese Problematik in den Fokus meiner Betrachtungen zu stellen und ihr einen Raum zu geben. Es war eine große Herausforderung, mich über einen langen Zeitraum damit zu befassen. Die Bearbeitung des Themas setzte bei mir selbstreflexive Prozesse im beruflichen und privaten Kontext in Gang.

Zusammenfassend wird deutlich, dass die Problematik von Angehörigen nach Suiziden kein primäres Thema der Profession Soziale Arbeit darstellt. Eine jederzeit mögliche

Konfrontation mit dieser Klientel sollte verstärkt ins Bewusstsein von sozialpädagogischen Fachkräften rücken. Es bietet sich die Gelegenheit, in verschiedenen Bereichen und Aktivitäten einen tatsächlichen Beitrag zur Verbesserung der Lebenssituation von Suizidhinterbliebenen zu leisten.

Quellen- und Literaturverzeichnis

Wissenschaftliche Literatur

- **Bronisch, Thomas (2014):** Der Suizid. Ursachen, Warnsignale, Prävention. 6., überarb. Aufl. Verlag C.H. Beck oHG, München
- **Buchmann, Knud Eike (2017):** Sterben und Tod. Gelassen und angstfrei mit dem Lebensende umgehen. Springer-Verlag GmbH, Heidelberg
- **Eichhorn, Martin (2003):** Signale, die auf einen Suizid hindeuten und die Unterstützung von Angehörigen. In: **Peter, Hans-Balz; Mösl, Pascal (Hg.):** Suizid – Aufgaben und Perspektiven für die Praxis. Suizid...? Bd. 2. Institut für Sozialethik des SEK, Bern, S. 21-32.
- **Eink, Michael; Haltenhof, Horst (2017):** Umgang mit suizidgefährdeten Menschen. Psychiatrie Verlag GmbH, Köln
- **Illes, Franciska, Jendreyschak, Jasmin; Armgart, Carina; Juckel, Georg (2015):** Suizide im beruflichen Kontext. Bewältigungsstrategien für Mitarbeiter im Gesundheitswesen und Rettungsdienst. Schattauer GmbH, Stuttgart
- **Kreft, Dieter; Mielenz, Ingrid (2017):** Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 8., vollst. überarb. u. aktual. Aufl. Beltz Juventa, Weinheim
- **Kersting, Annette; Arolt, Volker (2002):** Das Gespräch mit Angehörigen nach dem Suizid einer Patientin. In: Psychotherapeut 2/2002, Springer-Verlag, S. 106-108. (<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00278-001-0196-3.pdf>, verfügbar am 02.10.2018)
- **Pourshirazi, Soheila (2008):** Suizidalität und Beziehung. Eine theoretische und empirisch-hermeneutische Studie. Psychosozial-Verlag, Gießen
- **Scheuermann, Ulrike; Kunz, Stefanie; Schürmann, Ingeborg (2003):** Kompetenzen für Krisenintervention. Konzeptionelle Überlegungen für eine „Weiterbildung nach Maß“. In: **Giernalczyk, Thomas (Hg.):** Suizidgefahr. Hilfe und Verständnis. 2. überarb. u. erw. Aufl. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen, S. 193-203.

- **Seibl, Regina; Antretter, Elfi; Haring, Christian (2001):** Konsequenzen eines Suizids für Personen im Umfeld des Suizidenten. In: Psychiatrische Praxis 10/2001, Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart, S. 316-322.
- **Seyfried, Michael (1995):** Suizidalität, Suizidprophylaxe, und Sozialarbeit. S. Roderer Verlag, Regensburg
- **Sonneck, Gernot; Kapusta, Nestor; Tomandl, Gerald; Voracek, Martin (Hg.) (2012):** Krisenintervention und Suizidverhütung. 2., überarb. Aufl. UTB. Facultas.wuv Universitätsverlag, Wien
- **Stemmer-Lück, Magdalena (2004):** Beziehungsräume in der Sozialen Arbeit. Psychoanalytische Theorien und ihre Anwendung in der Praxis. 1. Aufl. W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart
- **Student, Johann-Christoph; Mühlum, Albert; Student, Ute (2004):** Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care. Ernst Reinhardt GmbH & Co KG, München
- **Teismann, Tobias; Dorrman, Wolfram (2014):** Suizidalität. Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen
- **Wolfersdorf, Manfred (2000):** Der suizidale Patient in Klinik und Praxis. Suizidalität und Suizidprävention. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart
- **Wolfersdorf, Manfred; Franke, Christoph (2006):** Suizidalität – Suizid und Suizidprävention. In: Fortschritte der Neurologie/Psychiatrie 7/2006, Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart, S. 400-419.
- **Wolfersdorf, Manfred (2008):** Suizidalität – Begriffsbestimmung Formen und Diagnostik. In: **Wolfersdorf, Manfred; Bronisch, Thomas; Wedler, Hans (Hg.):** Suizidalität. Verstehen, Vorbeugen, Behandeln. S. Roderer Verlag, Regensburg, S. 11-43.
- **Wolfersdorf, Manfred; Etzersdorfer, Elmar (2011):** Suizid und Suizidprävention. **E-Book.** 1. Aufl. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart
- **Znoj, Hansjörg (2016):** Komplizierte Trauer. 2. überarb. Aufl. Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

Quellen

- **AGUS e.V. – Angehörige um Suizid (2012):** Suizid – keine Trauer wie jede andere. Gegen die Mauer des Schweigens. Der Katalog zur Wanderausstellung. AGUS-Verlag, Bayreuth
- **AGUS e.V. - Angehörige um Suizid (2018):** (<https://www.agus-selbsthilfe.de/>, verfügbar am 10.11.2018)
- **Backhaus, Ulrike (2017):** Personzentrierte Beratung und Therapie bei Verlust und Trauer. 1. Aufl. Ernst Reinhardt GmbH & Co. KG, München
- **BApK – Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (2018):** (<https://www.bapk.de/the-federal-association-of-families-of-people-with-mental-illness-bapk.html>, verfügbar am 28.12.2018)
- **Bundesministerium des Inneren (2017):** Bericht zur polizeilichen Kriminalstatistik (PKS 2016 – IMK-Bericht). S. 8. (https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2016/pks2016_node.html, verfügbar am 28.12.2018)
- **DGS - Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfe in Lebenskrisen e.V. (2018):** (<https://www.suizidprophylaxe.de/>, verfügbar am 10.11.2018)
- **Deutscher Presserat (2017):** Publizistische Grundsätze (Pressekodex). Richtlinien für die publizistische Arbeit nach den Empfehlungen des Deutschen Presserates, Berlin (https://www.presserat.de/fileadmin/user_upload/Downloads_Dateien/Pressekodex2017_web.pdf, verfügbar am 11.11.2018)
- **Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2017):** Drogen- und Suchtbericht. S. 48. (https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/4_Presse/1_Pressemitteilungen/2017/2017_III_Quartal/Drogen-_und_Suchtbericht_2017_V2.pdf, verfügbar am 28.12.2018)
- **DIMDI - Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hg.) (2018):** ICD-10-GM. Version 2018. Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision. German Modification. (<http://www.icd-code.de/icd/code/V01-Y84.html>, verfügbar am 03.11.2018)
- **Dross, Margret (2001):** Krisenintervention. Hogrefe-Verlag, Göttingen

- **Evangelische Konferenz für TelefonSeelsorge und Offene Tür e.V. (2018):** Telefon-Mail-Chat-Statistik für das Jahr 2016. S. 7. Berlin
(<https://www.telefonseelsorge.de/sites/default/files/Statistik%20TS%20in%20Deutschland%202016.pdf>, verfügbar am 30.12.2018)
- **Freeman, Arthur; Reinecke, Mark A. (1995):** Selbstmord? Erkennen und Behandeln: Kognitive Therapie bei suizidalem Verhalten. 1. Aufl. 1995. Verlag Hans Huber, Bern
- **Heilborn-Maurer, Ursula; Maurer, Georg (1988):** Nach einem Suizid. Gespräche mit Zurückbleibenden. Fischer Taschenbuch Verlag GmbH, Frankfurt am Main
- **Kast, Verena (2013):** Trauern. Phasen und Chancen des psychischen Prozesses. erw. Neuausg. 2013. Kreuz Verlag in der Verlag Herder GmbH, Freiburg im Breisgau
- **Krisenintervention und Notfallseelsorge Dresden e.V. (2018):** Jahresstatistik 2017. Dresden (<https://kit-dresden.de/jahresstatistik-2017/>, verfügbar am 30.12.2018)
- **Lammer, Kerstin (2014):** Trauer verstehen. Formen, Erklärungen, Hilfen. 4. Aufl. Springer-Verlag GmbH, Heidelberg
- **Murr, Gert (2016):** Daseinsbruch - Brüchig-Sein - Angesehen-Sein. Anthropologische Aspekte der Seelsorge mit Menschen, die Angehörige durch Suizid verloren haben. Kreuz Verlag in der Verlag Herder GmbH, Freiburg
- **Mucksch, Norbert (2015):** Trauernde hören, wertschätzen, verstehen. Die personenzentrierte Haltung in der Begleitung. Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen
- **NaSPro - Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (2018):** (<https://www.suizidpraevention-deutschland.de/>, verfügbar am 11.11.2018)
- **Paul, Chris (2010):** Schuld-Macht-Sinn. Arbeitsbuch für die Begleitung von Schuldfragen im Trauerprozess. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh
- **Robert Koch-Institut (2017):** HIV/AIDS in Deutschland – Eckdaten der Schätzung. Epidemiologische Kurzinformation des Robert Koch-Institutes. Berlin
(https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Eckdaten/EckdatenDeutschland.pdf?__blob=publicationFile, verfügbar am 28.12.2018)
- **Statista GmbH (2019):** Anzahl der Todesfälle nach den häufigsten Todesursachen in Deutschland in den Jahren 2013 bis 2015. Hamburg
(<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/158441/umfrage/anzahl-der-todesfaelle-nach-todesursachen/>, verfügbar am 01.01.2019)

- **Statistisches Bundesamt (2017):** Pressemitteilung vom 6. Juli 2017 – 230/17. 2016: Mehr Unfälle, aber weniger Verkehrstote als jemals zuvor. Wiesbaden (https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/07/PD17_230_46241pdf.pdf?__blob=publicationFile, verfügbar am 01.01.2019)
- **Statistisches Bundesamt (2019):** Ausgewählte Todesursachen 2016. Wiesbaden (<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/Todesursachen.html>, verfügbar am 01.01.2019)
- **StGB** - Strafgesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 13.11.1998 (BGBl. I S.3322) zuletzt geändert durch Gesetz vom 18.12.2018 (BGBl. I S. 2639) m.W.v. 22.12.2018
- **Volkan, Vamik D.; Zintl, Elisabeth (2000):** Wege der Trauer. Leben mit Tod und Verlust. Psychosozial-Verlag, Gießen
- **Worden, William J. (2018):** Beratung und Therapie in Trauerfällen. Ein Handbuch. 5. unveränd. Aufl. Hogrefe Verlag, Bern

Erklärung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Rodewisch, 11. Januar 2019

Yvette Zenker