Suizidrisiko und Suizidprävention bei Männern

Den Problemen ein Ende setzen – **nicht dem Leben!**

Projekt
„Familien stärken durch männerbezogene Suizidprävention“

komm b-w
Kompetenzzentrum Jungen- und Männergesundheit Baden-Württemberg

Männerbezogene Suizidprävention

Das Projekt „Männerbezogene Suizidprävention“ (2020 - 2021) wurde in Kooperation zwischen dem Kompetenzzentrum Jungen- und Männergesundheit Baden-Württemberg (komm b-w) und dem Arbeitskreis Leben Reutlingen / Tübingen (AKL) durchgeführt. Projektträger war das Sozialwissenschaftliche Institut Tübingen (SOWIT).

Weitere Kooperationspartner waren die Stadt Stuttgart (Abt. für Chancengleichheit und Diversity) und das Netzwerk Männerberatung Stuttgart, die Landesarbeitsgemeinschaft Jungenarbeit Baden-Württemberg (LAGJ) sowie das Landratsamt Göppingen (Gesundheitsamt).

Das Projekt und seine Veranstaltungen wurden u.a. unterstützt von der Akademie der Diözese Rottenburg-Stuttgart und männer.bw | Forum Männer und Väter in Baden-Württemberg.

Das Projekt „Männerbezogene Suizidprävention“ (2020–2021) wurde unterstützt durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration aus Mitteln des Landes Baden-Württemberg.

Projekt „Familien stärken durch männerbezogene Suizidprävention“ (2020–2021)

› **Projektleitung:**
Gunter Neubauer, SOWIT und komm b-w

› **Herausgeber:**
SOWIT | Ringstraße 7 | 72070 Tübingen
www.sowit.de | info@sowit.de | +49 7071 975 813
Tübingen 2021
Download der Online-PDF-Fassung unter
www.sowit.de/veroeffentlichungen/

› **Konzeption, grafische Gestaltung und Produktion:**
ViV Werbeagentur
70597 Stuttgart
www.viv-werbeagentur.de

› **Bildnachweis:**
shutterstock: Titelbild, Vorsatz und Seiten 5, 38, 55
Photocase: Rückseite
SM BW: Seite 7
AKL: Seite 58
LRA GP: Seiten 71, 73, 75
SMG: Seite 84
MHT: Seite 86

Inhalt

Familien stärken durch männerbezogene Suizidprävention
Manne Lucha MdL. 6

Das Projekt „Männerbezogene Suizidprävention" – Erfahrungen, Ergebnisse und Empfehlungen
Gunter Neubauer 8

Suizidprävention im 20. Jahrhundert. Eine Erfolgsgeschichte auch für Männer?
Christoph Schwamm 18

Suizide von Männern in Baden-Württemberg aus der Sicht der Todesursachenstatistik
Ulrike Winkelmann 23

Teilnahme von Männern an Gesundheitsangeboten im Bereich Stressbewältigung und Ressourcenstärkung
Gunter Neubauer 26

Mediendarstellungen von Suizidalität und Geschlecht in der Alltagsberichterstattung über Suizidalität in Deutschland
Markus Schäfer 30

Männer lösen ihre Probleme selbst! Und wenn es das Letzte ist, was sie tun ...
Björn Süfke 33

Männliche Depression und Suizidalität
Anne Maria Möller-Leimkühler 37

Erfahrungen mit Männern bei Sucht, Depression und Suizidalität in Klinik und Therapie
Ein Gespräch mit dem Psychologen Horst Zepp 42

Jungen*- und männer*bezogene Suizidprävention im Kontext der Onlineberatung antihelden.info
Patrick Herzog, Saskia Reichenecker und Valérie Sarholz 46

Die Männerspezifik bei der Suizidalität im Alter – ein Versuch
Martin Dinges 51

Beratung und Begleitung von Männern durch den Arbeitskreis Leben Reutlingen / Tübingen
Nina-Mareen Schweigert 56

Lebenskrisen bewältigen: Männerspezifische Ansätze bei der Landeshauptstadt Stuttgart und Beratungsangebote im Netzwerk Männerberatung Stuttgart
Olcay Miyanyedi 62

Suizid im Jugendalter – (K)ein Thema für die Jungenarbeit?!
Michael Schirmer 68

Suizidprävention bei Männern im Landkreis Göppingen – ein Erfahrungsbericht
Andreas Kadel 71

Gegen die Einsamkeit: Das Projekt MachBar
Reinhard Winter 78

Projekte, Initiativen, Links 82

Literatur 93

Projekt männerbezogene Suizidprävention
Leitfaden für die Fokusgespräche 96

Familien stärken durch männerbezogene Suizidprävention

Manne Lucha MdL

Suizidale Handlungen sind immer Zeichen seelischer Not und sehr oft auch Ausdruck einer damit verbundenen psychischen Erkrankung. Die Wahrscheinlichkeit von Selbsttötungen und suizidalen Krisen lässt sich verringern, wenn es gelingt, gefährdete Menschen in Behandlungen und hilfreiche Kontakte zu integrieren.

Wertvoll ist dabei zunächst das Erleben, nicht alleine gelassen zu werden. Darüber hinaus wirkt die Verbesserung von psychischer Gesundheit und Lebensqualität im Rahmen therapeutischer Prozesse und Behandlungen suizidpräventiv – ebenso wie die konkrete Unterstützung in problematischen Lebenslagen und die Sicherung der sozialen Teilhabe.

In Baden-Württemberg werden Hilfsangebote in vielfältiger Weise vorgehalten: niederschwellig in den gemeindepsychiatrischen Verbünden oder durch die Arbeitskreise Leben (AKL), ambulant in den psychosozialen Beratungsstellen der Kommunen und Freien Träger und in Form psychotherapeutischer und psychiatrischer Sprechstunden und Behandlungsangebote, sowie stationär in den Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. Hinzu kommen die Angebote der Eingliederungshilfe und der Jugendhilfe zur Sicherung der sozialen Teilhabe und die in Baden-Württemberg schon immer starken Selbsthilfeangebote für Betroffene und Angehörige.

Der Landespsychiatrieplan und der Wegweiser Psychiatrie beschreiben diese Versorgungslandschaft und zeigen Ansatzpunkte und Wege zur Hilfe auf.

Um suizidpräventiv wirken zu können, müssen die Hilfen und Behandlungen von den gefährdeten Menschen als sinnvoll wahrgenommen und als erreichbar erlebt werden. Und hier zeigt sich ein Beratungs-Gap bei den Männern: Einem Anteil an den Selbsttötungen von über 70 Prozent steht ein Beratungsanteil der Männer von weniger als 30 Prozent entgegen. An diesem Punkt setzt das Projekt zur männerbezogenen Suizidprävention an. Um die Chance für Männer zu verbessern, Suizidalität zu bewältigen und in Krisen neue Zuversicht zu entwickeln, ist es wesentlich, die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass geeignete Versorgungsangebote auch von Männern in Anspruch genommen werden.

Wie kann der Zugang zu bereits bestehenden Angeboten für Männer erleichtert werden und welche auf die Zielgruppe bezogene Weiterentwicklung der Hilfen erscheint erforderlich? Das vorliegende Projekt rückt diese beiden Kernfragen mit großer Klarheit in den Fokus. In einem vernetzten Prozess konnte überaus hilfreiches Wissen zusammengetragen und für die Praxis gebündelt werden.

Es freut mich, dass dieses wertvolle Projekt mit Landesmitteln gefördert werden konnte. Mein Dank gilt den Projektverantwortlichen und deren Kooperationspartnern für die erfolgreiche Realisierung.

Ich bin überzeugt, dass die hier dokumentierte Arbeit eine wichtige Chance zur Weiterentwicklung der Suizidprävention eröffnet, die bei Männern und ihren Angehörigen ankommen wird.

› **Manne Lucha MdL**
Minister für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg

Das Projekt „Männerbezogene Suizidprävention" – Erfahrungen, Ergebnisse und Empfehlungen

Gunter Neubauer

Männer nehmen sich deutlich häufiger das Leben als Frauen. Drei Viertel der Selbsttötungen werden von Männern begangen, die dabei in der Regel aggressiver vorgehen und öfter die sogenannten „harten" Suizidmethoden[1] wählen. Auch die meisten erweiterten Suizide werden von Männern verübt. Der Suizid ist die häufigste Todesfolge bei psychischen Erkrankungen – über 70 Prozent der Betroffenen litten vorher an einer Depression. Diese bleibt bei Männern oft noch unerkannt und unbehandelt, denn „männliche" Symptome sind hier vielfältig und können auf den ersten Blick „untypisch" sein (s. Kap. 8, S. 37). Vor diesem Hintergrund müssen die psychische Gesundheit von Männern, Depressionen und Suizidalität in einem engen Zusammenhang gesehen und angesprochen werden.

2020 starben in Deutschland 9.206 Personen durch einen Suizid[2], darunter 6.944 Männer. Das sind Tag für Tag fast 20 Männer – bald so viele wie zwei Fußballmannschaften. „Männer, die sich zum Suizid entschließen, scheinen ihre Intention konsequenter umzusetzen als Frauen. Dies zeigt sich unabhängig von der gewählten Methode."[3] Die häufigste Methode, die fast die Hälfte der Suizide bei Männern ausmacht, ist eine Selbsttötung durch Erhängen, Strangulieren oder Ersticken. Insgesamt übersteigt die Zahl der Suizide die aller Verkehrs-, Drogen- und Aidstoten zusammen um etwa das Doppelte. Manche sprechen deshalb vom Männersuizid als einer „unsichtbaren Epidemie" (s. Kap. 8, S. 37).

Das Alter zum Zeitpunkt des Suizids liegt bei Männern bei durchschnittlich 58,5 Jahren, die Geschlechtsunterschiede zeigen sich aber schon bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Gerade im jugendlichen und mittleren Lebensalter ist der Suizid eine besonders häufige Todesursache bei Männern. Die Todesursachenstatistik verzeichnet bundesweit über 200 Suizide von 15- bis 40-jährigen Männern pro Jahr – immerhin fast ein Viertel der insgesamt rund 900 Sterbefälle in dieser Altersgruppe. Auf der anderen Seite steigt die Suizidrate im höheren Lebensalter geradezu exponentiell an.

Eine männerbezogene Suizidprävention ist also in allen Lebensaltern wichtig. Sie ist auch deshalb notwendig, weil auf einen Suizid um die zehn Suizidversuche kommen und vorangegangene Suizidversuche ein zentraler Risikofaktor für den vollendeten Suizid sind. Außerdem muss bei jedem Suizid mit einer etwa 10-fachen Zahl von unmittelbar durch diese Suizide Betroffenen im persönlichen Umfeld – Partner:in, Kinder, Eltern, Freunde,

Kolleg:innen – gerechnet werden. Sie sind teils jahrelang in Mitleidenschaft gezogen und brauchen eigene Nachsorge- und Unterstützungsangebote. Umgekehrt wirkt erfolgreiche männerbezogene Suizidprävention entlastend und stärkend auch auf Familien und die sozialen Netze von Männern.

Insgesamt ist die Zahl der Suizide in den vergangenen Jahren zwar kontinuierlich gesunken.[4] So nahmen sich noch 1980 täglich etwa 50 Personen das Leben. Dieser Rückgang, der u.a. auf präventive Maßnahmen und eine bessere Versorgung zurückgeführt werden kann, ist erfreulich. Allerdings hat sich an der etwa dreifachen Übersterblichkeit der Männer durch Suizide bis heute nichts geändert. Dazu kommt seit Jahren ein Präventions- und Beratungs-Gap bei Männern: Dem Suizidanteil von 75 Prozent steht ein Beratungsanteil von nur 30 Prozent entgegen, d.h. Männer können bislang schlechter erreicht und versorgt werden.

All das erfordert, Angebote der Suizidprävention und Beratung so weiterzuentwickeln, dass Männer besser als bisher erreicht, geschützt, in ihren sozialen Bezügen gestärkt, „im Leben gehalten" werden. Hier setzte das Projekt „Männerbezogene Suizidprävention" (2020 - 2021) an.

■ Ausgangspunkt: der Männergesundheitsbericht Baden-Württemberg 2015

Das Thema Suizid bei Männern forciert anzugehen war eine der zentralen Handlungsempfehlungen aus dem Männergesundheitsbericht des Sozialministeriums für Baden-Württemberg[5]. Vor Erscheinen des Berichts lag die männliche Suizidsterblichkeit in Baden-Württemberg einige Jahre leicht über dem Bundesdurchschnitt. Im Zeitraum zwischen 2009 und 2016 etwa starben über 8.000 Männer in unserem Bundesland durch Suizid. Werden Hinterbliebene im persönlichen Umfeld berücksichtigt, betreffen Männersuizide in unserem Bundesland etwa 11.000 Personen pro Jahr. Im Ländervergleich liegt Baden-Württemberg 2019 mit einer Suizidrate von 16,7 pro 100.000 Männer auf Platz 7 der 16 Länder, dabei allerdings gegenüber dem Bundesdurchschnitt (15,9 / 100.000) wiederum leicht erhöht.

Vor allem in der männlichen Bevölkerung haben Suizide auch einen beträchtlichen Anteil an der vorzeitigen Sterblichkeit[6] in Baden-Württemberg. Äußere Ursachen wie Suizid oder Unfall kosteten Männer zwischen 2015 und 2017 jährlich 810 Lebensjahre je 100.000 (Frauen 241), Suizide kosteten sie 355 Lebensjahre. Zum Vergleich: Herzinfarkte kosteten Männer 239 Lebensjahre, Lungenkrebs 222 Lebensjahre je 100 000.

Schon der Bericht von 2015 adressierte v.a. Männer im mittleren und höheren Lebensalter. Insbesondere die vergleichsweise hohe Suizidsterblichkeit in der Altersgruppe von 55 bis 60 Jahren deutete auf einen landes- und männerspezifischen Bedarf hin. Ein erhöhtes Suizidrisiko zeigte sich dabei in den letzten Jahren vor dem Eintritt in den Ruhestand. Dies wurde als Folge überdurchschnittlicher Verbundenheit mit dem Beruf bzw. zu starker Identitätsfindung über den Beruf (Overcommitment) bei Männern in Baden-Württemberg gedeutet: Das Bevorstehen des altersbedingten Ausscheidens aus dem Beruf führt – in Verbindung mit Sinnfragen und Selbstwertthemen – häufig zu psychischen Problemen.

Ein Handlungsansatz wurde seinerzeit in der Implementierung eines betrieblichen „psychischen Arbeitsschutzes" im Berufsfeld, in der Thematisierung männlicher Lebensbalancethemen und im Interventionsbereich des betrieblichen Gesundheitsmanagements gesehen. Darüber hinaus wurde ein Zusammenhang mit dem für Baden-Württemberg formulierten Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen und Folgen der Chronifizierung vermindern"[7] hergestellt. Dort sind u.a. auch Suizidsterbefälle als Folge depressiver Erkrankungen[8] hinterlegt.

Als weiteren, erheblichen Risikofaktor für Suizide benannte der Bericht den Zusammenhang zwischen Suchterkrankungen und Suizidalität. Er empfahl, der Suchtprävention bei Jungen und Männern eine besondere Aufmerksamkeit zukommen zu lassen. Außerdem wurden einzelne Stadt- und Landkreise mit einem gegenüber dem Landesdurchschnitt erhöhten männlichen Suizidrisiko identifiziert. Die entsprechenden Zahlen werden inzwischen im Gesundheitsatlas Baden-Württemberg im Rahmen der Kreisprofile zur Jungen- und Männergesundheit[9] dargestellt und regelmäßig aktualisiert.

Seit Erscheinen des Männergesundheitsberichts für Baden-Württemberg bemühte sich das Kompetenzzentrum Jungen- und Männergesundheit (komm b-w) in Fachgesprächen, Veranstaltungen und Aktionen um eine Umsetzung der vielfältigen Ergebnisse und Empfehlungen des Berichts. Wir freuen uns deshalb sehr, dass mit der Förderung durch das Land Baden-Württemberg nun – fünf Jahre nach der Vorstellung des Berichts – das Projekt „Familien stärken durch männerbezogene Suizidprävention" durchgeführt werden konnte.

Für die Zukunft hoffen wir, dass die Bemühungen um eine bessere gesundheitliche Versorgung, Bildung und Förderung der Jungen und Männer in Baden-Württemberg verstetigt werden können.

■ Projektansatz und Vernetzung

Das Projekt „männerbezogene Suizidprävention“ setzte beim Präventions- und Beratungs-Gap für Männer an. In diesem Sinn sollte es um die spezifische Weiterentwicklung vorhandener Angebote der Suizidprävention und Beratung gehen. Dazu wurden zunächst Erfahrungen guter, gelingender Praxis in der männerbezogenen Prävention und Beratung aufbereitet, u.a. mit einer Literaturrecherche und in einigen Experteninterviews. Die bessere Erreichung von Männern wurde dann mit mehreren Kooperationspartnern in exemplarischen Modellvorhaben praktisch angegangen und umgesetzt. Ein zentrales Element waren Gespräche mit Fachkräften und Ehrenamtlichen in Fokusgruppen[10]. Um den Projektergebnissen eine weite Verbreitung zu geben, mündete das Projekt schließlich in einige öffentliche Fach- und Publikumsveranstaltungen, teils online, teils in Präsenz. Zur Verbreitung der Projektergebnisse gehört auch diese Broschüre, die kein traditioneller Projektbericht sein soll, sondern v.a. Erfahrungen, Ergebnisse und Diskurse dokumentieren will – und damit vielleicht besser zur Reflexion und Weiterentwicklung einer eigenen männerbezogenen Präventions- und Beratungspraxis anregen kann[11].

Das Projekt „Männerbezogene Suizidprävention“ wurde in Kooperation zwischen dem Kompetenzzentrum Jungen- und Männergesundheit Baden-Württemberg (komm b-w) und dem Arbeitskreis Leben Reutlingen / Tübingen (AKL) durchgeführt. Projektträger war das Sozialwissenschaftliche Institut Tübingen (SOWIT). Weitere Kooperationspartner waren die Stadt Stuttgart (Abt. für Chancengleichheit und Diversity) und das Netzwerk Männerberatung Stuttgart, die Landesarbeitsgemeinschaft Jungenarbeit Baden-Württemberg (LAGJ) sowie das Landratsamt Göppingen (Gesundheitsamt). Das Projekt und seine Veranstaltungen wurden u.a. unterstützt von der Akademie der Diözese Rottenburg-Stuttgart und männer.bw.

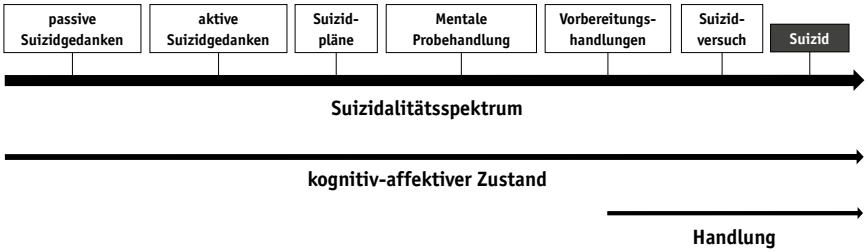
■ Grundlegende Projektthemen und -zugänge

Im Projekt „Männerbezogene Suizidprävention“ wurde häufig nach Ursachen und Hintergründen für den hohen männlichen Suizidanteil gefragt. Es fielen Sätze wie „Der Umgang mit Schwächen ist nicht ihre stärkste Seite.“ oder „Suizid hält den Status der Männlichkeit aufrecht.“ Diskutiert wurden kultur- und sozialhistorische Perspektiven, sozialisatorische und berufsbiografische Bedingungen, Genderaspekte, dysfunktionale Männlichkeitsbilder, Kosten von Männlichkeit, sog. toxische oder fragile Männlichkeiten, Wege zur Entlastung von Männlichkeitsanforderungen. Um ins Gespräch zu kommen wurden u.a. zuspitzende Zitate eingesetzt:

„Der ‚typische' Selbstmörder ist ein alter, ‚weißer', sozial isolierter, depressiver und alkoholabhängiger Mann. Allerdings gibt es auch viele ‚untypische' Suizidfälle. In einem Teil der westlichen Staaten (...) wurde in den vergangenen Jahrzehnten eine Zunahme der Suizide und Suizidversuche der 15- bis 24-jährigen Männer festgestellt. Der Suizid ist ein seltenes Ereignis, für Männer bedeutsamer als für Frauen. Auf das gesamte Leben umgerechnet begehen ein bis zwei Männer von hundert Männern Suizid, doch viel mehr Männer haben zeitweise suizidale Vorstellungen oder Verhaltensweisen. Und der Suizid eines Menschen schlägt Wellen, d.h. er ist für Bezugspersonen eine einschneidende Erfahrung."[12]

Eine in diesem Sinn distanzierte Betrachtung hilft betroffenen Männern und Angehörigen, hilft einer männerbezogenen Suizidprävention allerdings kaum weiter. Eine Pathologisierung ohne Therapieangebot ist fehl am Platz. Männer brauchen hier Angebote statt Stigmatisierung, v.a. ihre Nöte müssten gesehen, anerkannt, beraten und versorgt werden. So wurde dann etwa mit dem Konzept des Suizidalitätsspektrums diskutiert, welche Lebenskrisen speziell bei Männern zum Übergang von Suizidgedanken und -plänen zu suizidalen Handlungen führen, wie dann spezifisch männerbezogene Präventionsstrategien aussehen könnten und ihr Wohlbefinden zu befördern ist (s. Kap 12, S. 56).

■ Suizidalitätsspektrum



Die Übergangswahrscheinlichkeit von Suizidgedanken zu Suizidversuchen ist relativ gering.
Quelle: MEN-ACCESS (s. Kap. 17, S. 82)

Als hilfreich hat sich auch eine differenzierte Betrachtung der unterschiedlichen Präventionsebenen oder -bereiche im Suizidkontext erwiesen. Wir können dabei einer Einordnung[13] folgen, die im Kontext des Nationalen Suizidpräventionsprogramms (NaSPro) entstanden ist:

- **Primärprävention** zielt darauf ab, suizidalen Gefährdungen, Entwicklungen und Krisen vorzubeugen, d.h. Gefahrenmomente und Risiken möglichst früh zu erkennen und durch Schaffung antisuizidaler Einstellungen und Lebensbedingungen in der Gesellschaft möglichst zu verhindern. Dazu gehören besonders sozial- und gesundheitspolitische Maßnahmen und Vorsorgeeinrichtungen wie Kontaktangebote und Beratungsstellen. Primärprävention heißt vor allem Vorbeugung und Behandlung psychischer Erkrankungen mit ihrem Risikopotenzial für suizidale Entwicklungen.
- **Sekundärprävention** ist darauf gerichtet, Menschen, die bereits in eine suizidale Krise geraten, d.h. akut suizidgefährdet sind, mit Mitteln der Krisenintervention und Therapie zu helfen. Sie bedeutet erstens, möglichst Aufschub von Suizidhandlungen zu erwirken, und zweitens, solche durch Aufzeigen von Lebensalternativen nicht zur Ausführung kommen zu lassen. Bei akut gefährdeten Patienten ist auch eine beschützende Unterbringung in einer psychiatrischen Einrichtung nicht auszuschließen.
- **Tertiärprävention** umfasst die medizinische Akutversorgung und Behandlung, die unmittelbare Krisenintervention nach einem Suizidversuch sowie unter Umständen auch eine längerfristige Nachbetreuung oder Therapie. Sie dient vor allem dazu, einer erneuten Suizidhandlung vorzubeugen und neue Lebensperspektiven aufzuzeigen. Einzubeziehen ist auch die Betreuung und Unterstützung von Angehörigen, die die Suizidhandlung eines Nahestehenden zu verarbeiten haben.

In den Fachgesprächen, Fokusgruppen und Veranstaltungen wurde versucht, solche Konzepte in einen gezielt männerbezogenen Kontext zu stellen, um eigene Praxiserfahrungen genderbewusst zu reflektieren. Das ist dringend notwendig, weil – wie sich in Literaturrecherche und Experteninterviews zeigte – spezifische Ansätze einer männerbezogenen Suizidprävention bislang kaum vorliegen oder konzeptionell ausgearbeitet sind. Dies gilt abgeschwächt auch für den Bereich der Männerberatung, die zwar schon etwas häufiger praktiziert wird, jedoch erst in geringem Umfang konzeptualisiert ist. Hier weiterzukommen wäre eine lohnende fachliche wie gesundheits- und geschlechterpolitische Aufgabe.

Aus Projektarbeit und Praxisreflexion lassen sich darüber hinaus einige weitere Desiderate und Empfehlungen ableiten.

■ Projektergebnisse und Empfehlungen

Nationale Strategien und Programme zur Suizidprävention müssen die dreifache Übersterblichkeit von Männern als Genderthema konzeptionell grundlegend einbeziehen[14]. Das gilt ebenso für Zugänge der einzelnen Bundesländer wie auch für Aktionstage und -zusammenhänge wie etwa den Welttag der Suizidprävention. Männer- und überhaupt geschlechterbezogen zeigen sich hier noch große Leerstellen. In solchen Zusammenhängen wäre auch zu diskutieren, welche Risiken womöglich die aktuelle Liberalisierung der assistierten Sterbehilfe bzw. Suizidbeihilfe gerade auch für (ältere) Männer mit sich bringt. Im Gegenzug müssten unbedingt auch die präventiven Bemühungen ausgebaut werden.

Die psychische Gesundheit von Männern und ihre weithin unterschätzte Beteiligung an Depressionen müssen stärker präventiv berücksichtigt werden. „Male depression" als gleichsam verdeckte männliche Symptomkonstellation gefährdet betroffene Männer, erschwert ihre Hilfesuche und nicht zuletzt eine adäquate Versorgung (s. Kap. 8, S. 37). Würden Männerdepressionen stärker in diagnostische Verfahren einbezogen und besser behandelt, wäre ein Teil der männlichen Suizide wohl zu verhindern. Dazu gehört eine männerbezogene Psychoedukation, wobei etwa männliche Lebenskonzepte und Autonomiewünsche zu respektieren sind. Auch das Männergesundheitsmanifest 2021[15] hebt den Schwerpunkt psychische Gesundheit hervor, ebenso die Kampagne zum Tag der ungleichen Lebenserwartung 2021[16].

Um den Präventions- und Beratungs-Gap zu schließen, muss die Zugänglichkeit von Präventions- und Beratungsangeboten für Männer insgesamt verbessert werden. Zum Abbau von Zugangsbarrieren würde es dann v.a. gehören, die eingeführten Präventions- und Beratungsangebote qualifiziert männerbezogen weiterzuentwickeln. Beratung muss ein (auch) „männlicher" Ort werden. Außerdem wären die noch (zu) wenigen Angebote der Männerberatung – v.a. der Männerkrisenberatung – zu stärken und auszubauen. Gute Ansätze sind außerdem das Männerberatungsnetz und das Männerhilfetelefon (s. Kap. 17, S. 82).

Die Wirksamkeit präventiver Zugänge zu verbessern bedeutet auch, besonders vulnerable Gruppen ohne Stigmatisierung einzugrenzen, entsprechende Maßnahmen zu entwickeln und diese spezifisch zu adressieren. Das betrifft etwa den LGBTTIQ*-Kontext (s. Kap. 10, S. 46), Männer in bestimmten Berufen[17] (z.B. Ärzte und Blaulichtberufe, soziale und pflegende Berufe, selbständige und künstlerische Berufe, Landwirte und Seeleute), bestimmte Settings (z.B. Gefängnisse), Männer mit bestimmtem Freizeitverhalten (z.B. Jäger und Schützen), arbeits- und erwerbslose Männer.

Ein herausragende Forderung im Bereich der Versorgung ist es, die teilweise unerträglich langen Wartezeiten für ambulante und stationäre Therapieangebote im Bereich der psychischen Gesundheit zu reduzieren. Hilferufe von Männern in Lebenskrisen werden zu oft nicht gehört, ihre Hilfebedarfe auf die lange Bank geschoben. In zugespitzten Situationen vertragen sie jedoch nur schwer einen Aufschub, es braucht professionelle medizinische und psychosoziale Hilfe. Hier müssen mehr auch kurzfristig verfügbare (ambulante) Therapiemöglichkeiten vorgehalten werden. Darüber hinaus braucht es weitere männerbezogen qualifizierte Therapieangebote wie etwa Men's talk oder MEN-ACCESS (s. Kap. 17, S. 82).

Auch die primäre Suizidprävention kann noch weiter ausgebaut werden, etwa hinsichtlich der Verfügbarkeit suizidaler Mittel. Mit einem Blick auf männliche Risiko-Orte geht es aber auch um die Sicherung von Gebäuden und Bauwerken (Hochhäuser, Türme, Brücken) oder von Bahnstrecken, insbesondere in der Umgebung von Einrichtungen und Kliniken. Suizid-Zugänglichkeit zu verringern bedeutet oft einen Zeitgewinn für mögliche Hilfe. Hier sind die Kommunen gefragt, die Suizidprävention als eine kommunale Aufgabe verstehen und angehen müssten – wie dies z.B. im Frankfurter Netzwerk für Suizidprävention (FRANS)[18] bereits geschieht.

Eine verantwortungsvolle Medienberichterstattung im Suizidkontext[19] sollte männerbezogene Verzerrungen (s. Kap. 6, S. 30) reflektieren und angehen. Insgesamt müssten männerbezogene Hilfsangebote im Bereich Prävention, Beratung und Therapie in fachlichen Zusammenhängen (v.a. bei Gatekeepern und Schlüsselpersonen), in Medien und Öffentlichkeit, insbesondere aber in „männlichen" Settings (z.B. Betriebe, Freizeiteinrichtungen, kommunale Quartiere) und allgemein unter Männern bekannter gemacht werden – etwa nach diesem Motto:

Jemand kennen,
der jemand kennt,
der jemand kennt,
der einem hilft.

Zuletzt bleibt noch Dank zu sagen – an alle Projektbeteiligten und Kooperationspartner, die Autorinnen und Autoren dieser Broschüre, die Kollegen beim komm b-w, das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg sowie die für Gesundheitspolitik verantwortlichen Abgeordneten der demokratischen Fraktionen im Landtag von Baden-Württemberg.

---

[1] *z.B. Erschießen, Erhängen, sich aus großer Höhe, vor ein Auto oder einen Zug stürzen*

[2] *www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html – dabei ist mit einer nicht unerheblichen Dunkelziffer zu rechnen (s. Kap. 4, S. 23).*

[3] *Teaser in Spektrum der Wissenschaft / Gehirn & Geist 3/2019*

[4] *Im Vergleich zum Jahr 2019 mit bundesweit 9.041 Suiziden gab es im ersten Corona-Jahr 2020 allerdings eine leichte Steigerung. Welche mittel- und längerfristigen Effekte die Pandemie auf die Suizidrate hat, ist aktuell jedoch noch unklar.*

[5] *https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Publikationen/Maennergesundheitsbericht_2015.pdf – zum Thema Suizid v.a. S. 40 - 47.*

[6] *durch Tod bis 69 Jahre verlorene Lebensjahre – www.statistik-bw.de/Presse/Pressemitteilungen/2019279*

[7] *www.gesundheitsatlas-bw.de/Gesundheitsziele/*

[8] *www.gesundheitsatlas-bw.de/dataviews/view?viewId=103*

[9] *www.gesundheitsatlas-bw.de/profiles/profile?profileId=6*

[10] *Ein Leitfaden für die Fokusgespräche findet sich am Ende dieser Broschüre.*

[11] *Die Kapitel 3 bis 11 diskutieren wichtige Einzelaspekte zum Thema Suizidrisiko und Suizidprävention bei Männern. Sie dokumentieren teilweise auch Vorträge bei Fachveranstaltungen des Projekts. Die Kapitel 12 bis 16 beschreiben verschiedene Praxiszusammenhänge im Projektkontext. Danach folgt ein Serviceteil mit Projekten, Initiativen, Links und Literatur.*

[12] *Klaus Feldmann: Suizid. In: Tod und Gesellschaft. Wiesbaden: VS, 2010, S. 176.*

[13] *Norbert Erlemeier und Hans Wedler: Suizidprävention. In: socialnet Lexikon. Bonn: socialnet, 2017.*

[14] *Ein gutes Beispiel aus Österreich: www.gesundheit.gv.at/leben/suizidpraevention/wissenswertes/maenner*

[15] *https://bundesforum-maenner.de/wp-content/uploads/2021/09/maennergesundheitsmanifest-2021.pdf*

[16] *www.tag-der-ungleichen-lebenserwartung.de*

[17] *vgl. Thomas Lochthowe: Suizide und Suizidversuche bei verschiedenen Berufsgruppen. Würzburg 2008. Als mit hohem Suizidrisiko verbunden gelten hier akademische Berufe mit Zugang zu toxischen Stoffen, der medizinisch-soziale Bereich, Berufe mit naturgeprägtem Arbeitsumfeld, Berufe mit sozialer Isolation, künstlerische Berufe, Hilfsarbeiter, Hausfrauen und Arbeitslose.*

[18] *https://frans-hilft.de*

[19] *vgl. Richtlinie 8.7 des Pressekodex – https://www.presserat.de/pressekodex.html und www.deutsche-depressionshilfe.de/presse-und-pr/berichterstattung-suizide.*

› Gunter Neubauer ist Diplompädagoge

und arbeitet im eigenen Institut, dem freien Forschungs-, Bildungs- und Beratungsinstitut SOWIT in Tübingen. Um die Jungen- und Männergesundheit voranzubringen engagiert er sich in verschiedenen Organisationen und Netzwerken auf Landes- und Bundesebene. Für das Kompetenzzentrum Jungen- und Männergesundheit Baden-Württemberg leitete er das Projekt „Männerbezogene Suizidprävention“.

› Kontakt

gunter.neubauer@sowit.de
www.sowit.de

Suizidprävention im 20. Jahrhundert. Eine Erfolgsgeschichte auch für Männer?

Christoph Schwamm

Auf 100.000 Männer kommen heute jährlich etwa 16 männliche Selbsttötungen. Diese Zahl mag hoch anmuten, doch sie liegt auf einem historischen Tiefstand. Von der Nachkriegszeit bis weit in die 1980er-Jahre lag die Rate noch bei etwa 30 pro 100.000 Einwohner, also fast doppelt so hoch. In absoluten Zahlen betrachtet bringen sich heute sehr viel weniger Männer um. Wo ist dann das Problem, abgesehen davon natürlich, dass jedes unnötig verlorene Leben ein Verlust ist? Nun, was sich zwischen 1985 und heute nicht geändert hat, ist die hohe Menge an Suiziden, die Männer im Verhältnis zu Frauen vollziehen – nämlich ca. 3:1. Wenn sich dieses Verhältnis auch über Jahrzehnte nicht ändert, dann wird es wohl eine natürliche Ursache haben, so könnte man vermuten.

Suizidprävention im 19. Jahrhundert

Bildnachweis: Nathaniel Courrier 1846. Wikimedia Commons

Doch interkulturelle Vergleiche und die neuere psychiatrische Forschung legen nahe, dass dieses Ungleichgewicht selbstgemacht ist. Wenn es also zum einen gelungen ist, die Suizidrate im Ganzen durch verschiedene Maßnahmen signifikant zu senken, dies andererseits jedoch keine Auswirkungen auf die Geschlechterrelation bei den vollzogenen Suiziden hatte und ebendiese Relation jedoch sehr wahrscheinlich soziokulturellen Ursprungs ist, dann drängen sich aus medizinhistorischer Sicht einige Fragen auf: Haben die Akteure der Suizidprävention in den vergangenen Jahrzehnten möglicherweise etwas übersehen? Maßnahmen, mit denen man auch diese anderen „unverbesserlichen" Männer besser hätte vor dem Tod bewahren können?

■ Selbstmordverhütung in der späten Neuzeit

In der ersten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts und weit darüber hinaus waren für die „Selbstmordverhütung" Seelsorger zuständig. Die „Lebensmüden" sollten sich vertrauensvoll an ihre Kirche wenden und Buße tun für ihr „abscheuliches Vorhaben" und die „Missachtung Gottes", die ihr zu Grunde lag. Man kann sich vorstellen, dass diese Art der Hilfestellung nicht unbedingt zielführend war. Aber die wissenschaftlich fundierte Suizidprävention war ebenfalls unzulänglich. Im deutschsprachigen Raum begann sie um 1900 mit der Herausbildung der klassischen deutschen Psychiatrie Kraepelinscher[1] Prägung[1]. Diese war die längste Zeit ihres Bestehens auf somatische Befunde, das heißt auf körperliche Ursachen von Erkrankungen fixiert. Psychiater in dieser Zeit interessierten sich darüber hinaus für suizidale Menschen meist nur dann, wenn diese an Psychosen litten. War eine solche ausgeschlossen, endete der Zuständigkeitsbereich der Psychiatrie. Diese Menschen wurden mit Diagnosen wie „abnorme Persönlichkeit" („Psychopathie"), oder „abnorme Erlebnisreaktion" ohne weitere Nachbetreuung wieder nach Hause geschickt.

Erst nach dem Ersten Weltkrieg boten einzelne niedergelassene Ärzte in den europäischen Metropolen „Selbstmordsprechstunden" an. Aber vor allem aus der noch sehr überschaubaren Szene der Psychotherapie kamen Impulse. Viktor Frankl in Wien forderte früh, dass Suizidprävention eine Behandlungskette aus psychotherapeutischen und sozialpsychiatrischen Maßnahmen beinhalten müsse. Dies erschien jedoch viel zu teuer und spätestens mit der Weltwirtschaftskrise ab 1929 waren solche Pläne vom Tisch.

---

[1] *Emil Kraepelin (1856–1926) war ein deutscher Psychiater und Hochschullehrer an den Universitäten Dorpat, Heidelberg und München.*

Zur gleichen Zeit setzte sich in der klassischen Psychiatrie zunehmend die fragwürdige Überzeugung durch, dass die „Abnormen“ dem Gemeinwesen nur schadeten.

Im „Dritten Reich“, so verkündete zumindest die Propaganda, brachte sich niemand mehr um, Suizidprävention war daher überflüssig. Wie später die SED in Ostdeutschland, erstickte auch die NS-Führung jeglichen Diskurs über Suizide im Keim und verbot auch die Berichterstattung. Die Angst vor der politischen Sprengkraft war zu groß. Hinter verschlossenen Türen waren die Nazis jedoch zwiegespalten: Für die eine Seite waren Suizidenten feige und ehrlos, Verräter am Volk sozusagen. Die Ärzte passten sich dieser Stimmung an und übertrugen sie in eine wissenschaftliche Sprache. Der Dichter und Stabsarzt Gottfried Benn, der 1940 für die Wehrmacht einen Bericht „über den Selbstmord im Heer“ anfertigte, schrieb: *„Ich erlaube mir […] noch einmal auf den […] rassischen Gesichtspunkt hinzuweisen. Es kann kein Zweifel sein, daß die meisten Selbstmörder zu den gefährdeten und labilen Typen gehören, deren Fortpflanzung nicht unbedingt wünschenswert nach dem Ideal der heutigen Staatsbiologie ist.“*

Für die andere Seite verhieß die Diktatur unbegrenzte Möglichkeiten zur Errichtung einer psychotherapeutischen und sozialpsychiatrischen Grundversorgung – einer therapeutischen Kette, die in der Weimarer Zeit aus Kostengründen nie hatte verwirklicht werden können. Carl Schneider beispielsweise, der damalige Rektor der heutigen Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg, entwarf solche Pläne. Freilich hätten davon nur „erbgesunde Volksgenossen“ profitiert. Finanzieren wollte Schneider das Projekt mit Zwangssterilisierungen und der Ermordung von chronisch erkrankten Menschen, von denen er sich gigantische Kostenersparnisse versprach.

■ Suizidprävention in der Nachkriegszeit

Nach dem Krieg taten die deutschen Psychiater so, als hätten sie sich seit eh und je nur für Psychopathologie interessiert. Über Euthanasie und Gaskammern vermied man es tunlichst zu sprechen. Dieses Tabu schloss jedoch auch die Sozialpsychiatrie ein, die mit den NS-Verbrechen assoziiert wurde, und damit auch die Suizidprävention, die nun erst recht wieder Sache der Kirchen war. Bezeichnenderweise kamen die wesentlichen Impulse für die moderne Suizidprävention aus Österreich. 1948 überzeugte der junge Psychiater Erwin Ringel die Caritas, die Einrichtung einer „Lebensmüdenberatungsstelle“ im notorisch suizidbelasteten Wien zu finanzieren. Statt Seelsorgern realisierten dort Individualpsychologen und Psychoanalytiker eine umfassende Betreuung suizidaler Menschen.

Nach 5 Jahren Forschung hatte Ringels Team 745 Überlebende untersucht und veröffentlichte 1953 die Studie *„Der Selbstmord. Abschluß einer krankhaften Entwicklung."* Darin schrieb er, *„Es muss klarwerden, daß der verfehlte Lebensweg eine Krankheit ist, und zwar eine, die in jedem Stadium heilbar oder zumindest wesentlich zu lindern ist."* Dies war zum einen gegen die klassische Psychiatrie gerichtet, die den allermeisten suizidalen Menschen den Anspruch auf medizinische Hilfe absprach. Zum anderen versuchte Ringel damit, den Zuständigkeitsanspruch seiner Geldgeber, der Geistlichen, für den Suizid zurückzuweisen. Über die Seelsorger sagte Ringel öffentlich, sie *„würden nur ihre Komplexe damit abreagieren."*

In Deutschland dauerte es noch einige Zeit. Erst ab den 1970er-Jahren verbreitete sich die systematische Suizidprävention mit Krisenintervention und längerfristiger Betreuung. Haben wir ihr wirklich den stetigen Fall der Suizidrate seit den 1980er-Jahren zu verdanken? Schließlich passierten in der Zwischenzeit noch andere Dinge. Seit den 1960er-Jahren hatte sich das Rettungswesen mit Krankenwagen herausgebildet, zur gleichen Zeit entstanden die Intensivstationen. Die ersten modernen Psychopharmaka wurden auf dem Markt eingeführt. Auch die neue Suchtmedizin dürfte einige Leben gerettet haben, wie ebenso die Anerkennung der Psychotherapie als Kassenleistung im Jahr 1967. Welche Faktoren hier auch immer die Wende gebracht haben, eines haben sie alle zweifellos bewirkt: Heute ist es schwierig geworden zu argumentieren, dass jemand, der sich umbringen möchte, nicht in irgendeiner Weise krank ist. Dies war früher zweifellos anders. Sündhaft? Sicher! „Abartig und Degeneriert?" Bestimmt. Aber krank und hilfsbedürftig?

Manche Menschen wehrten sich gegen diese neue, absolute Sichtweise auf den Tod durch eigene Hand. Der Philosoph Jean Amery endete 1976 nach dem Versuch, sich mit gehorteten Barbituraten das Leben zu nehmen, im Krankenhaus, wo ihm der Magen ausgepumpt wurde. Diese Erfahrung verarbeitete er kurz darauf in seinem Essay „Hand an sich legen", wo er mit Ärzten und Psychologen hart ins Gericht ging: *„Der Hang zum Freitod ist keine Krankheit, von der man geheilt werden muß wie von den Masern […] Erst [wenn] der Mensch [seiner] Todesneigung nachzugeben wünscht, gebärdet die Sozietät sich, als sei er ihr teuerstes Stück, umstellt ihn mit ihren scheußlichen Apparaturen und führt ihm den höchst abstoßenden Berufsehrgeiz der Ärzte vor, die dann seine ‚Rettung' auf ihr professionelles Habenkonto schreiben, gleich Jägern, wenn sie die Strecke des abgeschlachteten Wildes abschreiten und gebärden sich wie Sportler, denen eine außergewöhnliche Leistung gelang."*

Das Beispiel Amerys führt uns auch zurück zur anfangs gestellten Frage: Warum bringen sich immer noch so viel mehr Männer um als Frauen? „Mangelndes Hilfesuchverhalten“ ist dann oft die achselzuckende Erklärung. „Da hat der Mann erstmals in der Geschichte eine ganze Batterie von Hilfsangeboten, und dann nimmt er sie nicht an.“ Eine produktivere Erklärung als diese geht heute davon aus, dass Männer seelische Leiden in einer spezifischen Art maskieren, die wiederum von den gängigen Depressionsinventaren nicht erkannt wird. Die Rede ist von der „Männerdepression“.

Auch aus medizinhistorischer Sicht finden sich Hinweise, die eine solche Sichtweise stützen. Bei allen Veränderungen, die das Feld der Suizidprävention im Laufe der letzten Jahrzehnte durchgemacht hat, blieb eines stets gleich: Ob man in den Beschreibungen der „Depressiven Phasen“ im „Würzburger Schlüssel“ von 1933 nachliest oder in der Symptomliste der „Major Depression“ im ICD-10. Die „Depression“ wird nicht nur heute in Begriffen ausformuliert, die an der Lebensrealität vieler Männer vorbei geht, weil sie „männliche“ Attribute systematisch ausschließt. Auch schon in der Vergangenheit war dies der Fall. Möglicherweise erklärt dies ein Stück weit, warum die Gesamtzahl der Selbsttötungen so enorm zurückgegangen ist, der Gender-Gap jedoch unverändert fortbesteht.

› **Dr. Christoph Schwamm ist Medizinhistoriker.**
Er war wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung und lehrt aktuell an der Universität Heidelberg. Seine Forschungsschwerpunkte sind die Patientengeschichte der Psychiatrie und die (Geschlechter-) Geschichte der Pflege.

› **Literatur**

Christoph Schwamm: Irre Typen? Männlichkeit und Krankheitserfahrung von Psychiatriepatienten in der Bundesrepublik 1948 - 1993. Stuttgart: Franz Steiner Verlag, 2018.
Christoph Schwamm: Wärter, Brüder, neue Männer. Männliche Pflegekräfte in Deutschland 1900 - 1980. Stuttgart: Franz Steiner Verlag, 2020.

› **Kontakt**

christoph.schwamm@histmed.uni-heidelberg.de
www.uni-heidelberg.de

Suizide von Männern in Baden-Württemberg aus der Sicht der Todesursachenstatistik

Ulrike Winkelmann

Die Todesursachenstatistik erfasste 2019 für die Bevölkerung Baden-Württembergs fast 111.600 Sterbefälle. Rund 1.200 dieser Sterbefälle wurden mit der Todesursache „Vorsätzliche Selbstbeschädigung" bzw. Suizid ausgewiesen – rund 940 Suizide von Männern und 280 Suizide von Frauen. Die Verteilung der Suizidfälle auf die Geschlechter weist bereits darauf hin, dass die Todesursache Suizid für die Sterblichkeit von Männern größere Bedeutung hat als für die Sterblichkeit von Frauen. Die korrekte Messzahl für den Vergleich von Suizidhäufigkeiten ist die sogenannte altersstandardisierte Sterblichkeit. Hier wird die Zahl der Suizide erstens ins Verhältnis zur Zahl der Männer bzw. Frauen gesetzt und zweitens um verzerrende Unterschiede in der Altersstruktur bereinigt. Die altersstandardisierte Suizidhäufigkeit lag 2019 in Baden-Württemberg mit 16,9 bzw. in Deutschland mit 16,4 Suiziden je 100.000 Männer etwa dreieinhalb mal so hoch wie die Suizidhäufigkeit von Frauen. Letztere betrug 2019 in Baden-Württemberg und Deutschland 4,7 Suizide je 100.000 Frauen. Seit über 20 Jahren bewegt sich das Verhältnis der Suizidhäufigkeit von Männern und Frauen in einer Größenordnung zwischen 3 und 4.

Vor allem im jugendlichen und mittleren Lebensalter ist Suizid bei Männern eine vergleichsweise häufige Todesursache. So erfasste die Todesursachenstatistik von 2017 bis 2019 jährlich rund 210 Suizide von 15- bis unter 40-jährigen Männern. Das sind fast 23 Prozent der insgesamt rund 900 Sterbefälle in dieser Altersgruppe. Zum Vergleich: Verkehrsmittelunfälle und Krebs (bösartige Neubildung) verursachten im Zeitraum 2017/2019 jeweils etwa 110 Sterbefälle von 15- bis unter 40-Jährigen Männern. Die Zahl der Suizide und die Suizidhäufigkeit von älteren Männern sind zwar höher als bei den unter 40-Jährigen. Die Todesursachenstatistik weist 2017/2019 für die über 70-Jährigen pro Jahr fast 280 Suizide aus. Aufgrund der insgesamt deutlich höheren Sterblichkeit in dieser Altersgruppe haben Suizide hier jedoch nur einen Anteil von knapp 1 Prozent an allen Todesursachen. Die Angabe von Durchschnittswerten mehrerer Jahre ist bei der Betrachtung von Suiziden nach Altersgruppen notwendig, um Zufallsschwankungen der – aus statistischer Sicht – niedrigen Fallzahlen weniger Gewicht zu geben.

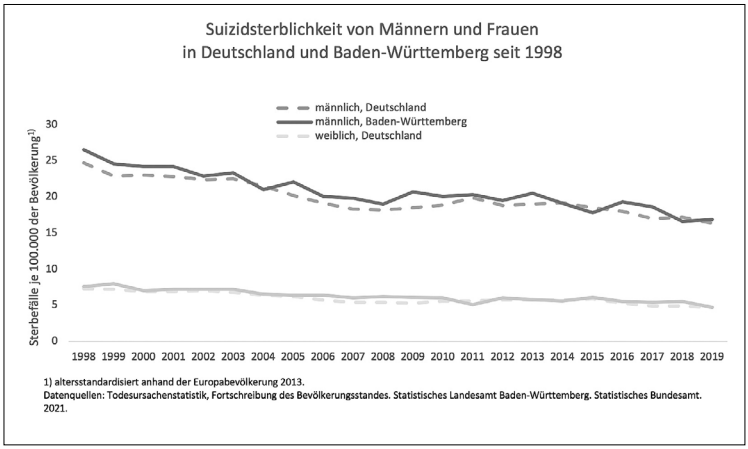


Schaubild 1 – Suizidsterblichkeit von Männern und Frauen

Die Suizidhäufigkeit folgte in den letzten Jahren bei Männern wie Frauen einem langfristig sinkenden Trend. Dies war sowohl in Baden-Württemberg wie auch in Deutschland zu beobachten. Von 1998 bis 2019 sank die altersstandardisierte Suizidsterblichkeit der Männer in Baden-Württemberg um etwa 36 Prozent. Im Bundesdurchschnitt war der Rückgang mit knapp 34 Prozent etwas geringer. Die Suizidsterblichkeit der Männer in Baden-Württemberg, die zu Beginn des Beobachtungszeitraums leicht über der Sterblichkeit in Deutschland gelegen hatte, hat sich in den letzten Jahren dem Bundesdurchschnitt angenähert.

Schaubild 2 – Suizidsterblichkeit von Männern nach Altersgruppen

Der langjährige Rückgang der Suizidsterblichkeit war für die männliche Bevölkerung Baden-Württembergs in allen Altersgruppen zu beobachten – allerdings in unterschiedlichem Ausmaß. Rückgänge von 30 bis 40 Prozent waren 2017 bis 2019 im Vergleich zu 1998 bis 2000 bei den 20- bis 44-Jährigen, den 56- bis 69-Jährigen sowie den über 80-Jährigen zu beobachten. Lediglich um 11 Prozent sank die Suizidsterblichkeit in der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen. Ab dieser Altersgruppe zeigt sich 2017/2019 auch in Bezug auf die aktuelle Höhe der Suizidsterblichkeit eine Besonderheit: Die Suizidhäufigkeit der Männer 2017/2019 steigt bis zu den 60- bis 64-Jährigen kontinuierlich von Altersgruppe zu Altersgruppe auf 26 Sterbefälle je 100.000 an, sinkt dann bei der nächsten Altersgruppe auf 22 Sterbefälle je 100.000 und steigt dann wieder kontinuierlich von Altersgruppe zu Altersgruppe. Über die Gründe, warum die 60- bis 64-jährigen Männer entgegen dem sonst beobachteten Muster etwas häufiger Suizid begehen als die 65- bis 74-Jährigen, liefert die Todesursachenstatistik keine Informationen. Möglicherweise besteht ein Zusammenhang mit dem in diesem Alter häufig eintretenden Ende des Erwerbslebens.

Die Belastbarkeit der Daten der Todesursachenstatistik, nicht zuletzt die Richtigkeit der Zahl der Suizide Hochbetagter, wird in der Öffentlichkeit und in der Literatur gelegentlich in Frage gestellt. Die Todesursachenstatistik kann tatsächlich nur so gut sein wie ihre Datengrundlage. Dies sind die Todesbescheinigungen, die von einem Arzt oder einer Ärztin bei der Leichenschau ausgefüllt, von den zuständigen Gesundheitsämtern geprüft und an die Statistischen Landesämter weitergeleitet werden. Suizide können in der Todesursachenstatistik folglich nur dann nachgewiesen werden, wenn sie bei der Leichenschau festgestellt und auf der Todesbescheinigung entsprechend dokumentiert wurden.

› **Dr. Ulrike Winkelmann ist Diplom-Volkswirtin**
und arbeitet im Referat „Bevölkerung, Gesundheit, Rechtspflege, Insolvenzen" des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg. Dort ist sie für die Todesursachenstatistik und die Krankenhausstatistik zuständig.

› **Kontakt**
ulrike.winkelmann@stala.bwl.de
www.statistik-bw.de

Teilnahme von Männern an Gesundheitsangeboten im Bereich Stressbewältigung und Ressourcenstärkung

Gunter Neubauer

Angebote zur Gesundheitsförderung im Bereich Stressbewältigung und Entspannung vermitteln häufig auch grundlegende Informationen über einen guten Umgang mit psychosozialen Belastungen und Krisen. Oft integrieren sie auch psychoedukative Ansätze, die helfen können, künftige Belastungen und Krisen besser zu bewältigen, und vermitteln weitere Beratungs- und Hilfsangebote. Damit kommt ihnen eine wichtige Rolle im Vorfeld der expliziten Suizidprävention zu. Die vorhandenen Daten zur Teilnahme von Männern an solchen Bildungsangeboten können als Indikatoren für Erfolg und Zugänglichkeit psychischer Gesundheitsförderung bei Männern insgesamt gelesen werden. Zugleich zeigen sie, welche Angebots- und Versorgungslücken es gibt und wo männerspezifische präventive Aufgaben im Bereich der psychischen Gesundheit bzw. im Vorfeld der expliziten Suizidprävention liegen.

■ Wenig frequentiert: Angebote zur Stärkung mentaler Ressourcen

– In deutschen Volkshochschulen als größtem Anbieter von Gesundheitsbildung ist der Programmbereich „Gesundheit“ nach „Sprachen“ der zweitgrößte Bereich (in Bezug auf Belegung, Unterrichtsstunden, Kurse), hat aber mit 14,7 Prozent den geringsten Männeranteil aller Programmbereiche (durchschnittlich 27,2 %)[1]. Die größte Teilnehmergruppe sind dabei mit 36,6 Prozent die 50- bis 64-jährigen Männer. Der Sozialstatus wird in der Volkshochschulstatistik nicht ausgewiesen.

– In den letzten Jahren konnten im Volkshochschulbereich die Teilnahmezahlen (absolut) von Männern bei Gesundheitskursen leicht gesteigert werden. Durch höhere Steigerungsraten bei Frauen ist die Teilnahmequote (relativ) bei Männern aber gleichzeitig gesunken[2].

– Ein Zehntel der Männer in Deutschland (10,9 %, Frauen 20,1 %) nimmt innerhalb eines Jahres an mindestens einer Maßnahme zur Verhaltensprävention in den drei klassischen Bereichen Bewegung (Anteil m 8,6 %, w 16,1 %), Ernährung (m 4,1 %, w 5,8 %) oder – am seltensten – Stressbewältigung / Entspannung teil (m 2,9 %, w 6,0 %)[3].

Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung zur Rückengesundheit (m 5,6, w 6,1 % – Rückenprobleme sind häufig auch psychosomatisch bedingt) und zur Stressbewältigung / Entspannung (m 5,8 %, w 7,3 %) werden von Männern etwas weniger genutzt als von Frauen.

– Das Kursangebot der Krankenkassen wird zu etwa einem Fünftel von Männern besucht, wovon sich drei Viertel für Bewegungsangebote entscheiden[4]. Von allen GKV-Versicherten werden nur etwa 1 Prozent der Männer (Frauen 3 %) überhaupt erreicht.[5] Besonders niedrig fällt der Männeranteil in den Kursen zu Stressbewältigung und Ressourcenstärkung aus (13 %, Gesamtanteil weniger als 1 %). Etwas höher liegt er im Bereich Suchtmittelkonsum (44,0 %, Gesamtanteil 1,9 %).

– Bei Männern in Deutschland sind Alkoholsucht, Angst- und depressive Störungen die häufigsten psychischen Erkrankungen.[6]

– In Bezug auf das Finden von Informationen zur Förderung des psychischen Wohlbefindens geben Männer (36,3 %) häufiger Schwierigkeiten an als Frauen (29,4 %).[7]

■ Bedarfslücke: psychosoziale Gesundheitsförderung

Angesichts der zunehmenden Bedeutung von psychischen Erkrankungen allgemein (binnen 40 Jahren Verfünffachung von Krankheitstagen, Vervierfachung im Bereich der Arbeitsunfähigkeit, zweithäufigste Diagnosegruppe bei Krankschreibungen und Arbeitsunfähigkeit[8]) klaffen hier die Angebots- und die Bedarfsseite gerade in der männerbezogenen Gesundheitsbildung weit auseinander. Vermutlich affirmiert und verstärkt auch eine Markt- und Nachfrageorientierung im Bereich Gesundheitsbildung die Unterrepräsentanz von Männern überhaupt sowie insbesondere die im Bereich der psychischen Gesundheit einschließlich Entspannung, Stressbewältigung, Ressourcenstärkung. Dabei werden Differenzierungen nach Sozialstatus und Intersektionalitäten (z.B. Armut, Schicht, Alter, Migration, Flucht) kaum erhoben, ebenso gering ausgeprägt sind Ansätze einer männerbezogenen Gesundheitsgrundbildung in diesen Bereichen[9], das heißt für bildungs- und zugangsbenachteiligte Männer.

■ Fragwürdig: Bevorzugung von Bewegungsangeboten

In der Bevorzugung von Bewegungsangeboten (in Nachfrage und Angebot) zeigt sich ein männlich-sportives Konzept, nachdem mann vor allem durch Bewegung zu Ausgleich

und Entspannung gelangt. Dadurch wird mehr die motorisch-muskuläre und weniger die mentale bzw. psychosoziale Entspannung angesprochen und direkt erreicht. Umgekehrt ist davon auszugehen, dass in Gesundheitsbildung und entsprechender Öffentlichkeitsarbeit eine Gesundheitskompetenz im Bereich des psychischen Wohlbefindens von Männern selten thematisiert, weniger gezielt adressiert und entsprechend auch weniger ausgebildet wird.

In der praxisbegleitenden Öffentlichkeitsarbeit von Akteuren im Bereich Gesundheitsbildung sollte das psychische Wohlbefinden von Männern deshalb stärker fokussiert werden. Dazu gehören nicht nur Themen wie Sucht, Burnout, Male Depression oder Suizidalität, sondern etwa auch „männliche" Zugänge in die psychosoziale Entspannung, wodurch sich Männerbilder erweitern können. Bei Angeboten im Bereich der psychischen Gesundheit für sozial, gesundheitlich und zugangsbenachteiligte Männer, die sich kaum markt- und nachfrageorientiert auflegen lassen, wäre eine längerfristige Programmförderung anzustreben. Zielorte sind dabei insbesondere männliche Lebenswelten, außerdem von Männern frequentierte Settings wie Kommunen oder Betriebe.

Dazu würde es gehören, konzeptionelle Engführungen wie die vorrangige Bewegungsorientierung in den Blick zu nehmen und männerbezogene Praxisansätze über sportive Zugänge hinaus zu öffnen und weiterzuentwickeln. Bewegungsorientierte Angebote für Männer könnten eine maßvolle und inhaltlich dezente Erweiterung um bisher ausgeblendete Dimensionen von Männergesundheit finden, insbesondere um männliche Gesundheitsthemen im Bereich des psychischen Wohlbefindens.

---

[1] *Elisabeth Reichart, Hella Huntemann und Thomas Lux: Volkshochschul-Statistik: 57. Folge, Berichtsjahr 2018, 2., überarbeitete Auflage.*

[2] *Gunter Neubauer und Reinhard Winter: Jungen- und männerbezogene Gesundheitsförderung und Prävention. In: Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg (Hg.): Jungen- und Männergesundheit in Baden-Württemberg. Stuttgart 2015, 137 - 177.*

[3] *Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland (RKI 2020) S. 138 (Referenz: GEDA-Daten 2009).*

[4] *Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland (RKI 2014) S. 193 (Referenz: Präventionsbericht 2013).*

[5] *GKV / MDS – Präventionsbericht 2020, S. 84.*

[6] *Stiftung Männergesundheit (Hg.): Männergesundheitsbericht 2013. Im Fokus: Psychische Gesundheit. Bern: Hans Huber, 2013, S. 232.*

[7] *Klaus Zok (2014): Unterschiede bei der Gesundheitskompetenz. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Umfrage unter gesetzlich Versicherten. WIdO Monitor 11, Nr. 2, 1-12.*

[8] *BKK Gesundheitsreport 2018.*

[9] *Gunter Neubauer, Reinhard Winter und Romeo Bissuti: HelpMen. Health Literacy Progress for Men in Europe – Gesundheit als Thema der Grundbildung für Männer in Europa weiterentwickeln. Ein Ziel. Ein Weg. Ein Curriculum. Tübingen 2019.*

› **Gunter Neubauer ist Diplompädagoge**

und arbeitet im eigenen Institut, dem freien Forschungs-, Bildungs- und Beratungsinstitut SOWIT in Tübingen. Um die Jungen- und Männergesundheit voranzubringen engagiert er sich in verschiedenen Organisationen und Netzwerken auf Landes- und Bundesebene. Für das Kompetenzzentrum Jungen- und Männergesundheit Baden-Württemberg leitete er das Projekt „Männerbezogene Suizidprävention“.

› **Kontakt**

gunter.neubauer@sowit.de
www.sowit.de

Mediendarstellungen von Suizidalität und Geschlecht in der Alltagsberichterstattung über Suizidalität in Deutschland

Markus Schäfer

Eine aktuelle Studie an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz hat die Alltagsberichterstattung über Suizidalität in Deutschland mit Hilfe einer quantitativen Inhaltsanalyse genauer unter die Lupe genommen. Dabei wurden geschlechtsspezifische Unterschiede in der medialen Darstellung festgestellt, die zum Teil erheblich von bekannten Realitätsindikatoren abweichen.

■ Untersuchungsmethode

Untersucht wurde stellvertretend die Berichterstattung von neun überregionalen Printmedien (Bild, Bunte, Der Spiegel, Die Welt, Die Zeit, Focus, Frankfurter Rundschau, Stern, taz) inklusive der zugehörigen Regionalteile. Der Zugriff erfolgte über die Datenbank „LexisNexis“ mit Hilfe eines Suchstrings, der verschiedene (auch problematische) Suizidbegriffe und Umschreibungen (z.B. Suizid, Selbstmord, Selbsttötung, Freitod, sich das Leben nehmen usw.) umfasste. Der Untersuchungszeitraum betrug zwölf Monate, die sich gleichmäßig auf zwei Jahre verteilten (Juli 2017 bis Juni 2018). Die hier vorgestellte Analyse zu Geschlechterunterschieden basiert auf 1.074 Artikeln, die sich explizit mit fiktionalen und / oder non-fiktionalen Fällen von Suizidalität befassten.

■ Ergebnisse der Studie

Intensität der Berichterstattung

Suizidalität ist in Deutschland kontinuierlich Gegenstand massenmedialer Berichterstattung. Die Berichterstattung verteilt sich relativ gleichmäßig über den Untersuchungszeitraum und entspricht im Mittel drei Artikeln pro Tag bzw. einem Artikel pro untersuchtem Medium alle drei Tage. 53 Prozent der Beiträge befassen sich mit der Suizidalität von Männern, 17 Prozent mit der Suizidalität von Frauen. Bei 30 Prozent der Beiträge fokussiert die Berichterstattung nicht (nur) auf ein bestimmtes Geschlecht, entweder weil explizit mehrere Geschlechter im Kontext von Suizidalität besprochen werden (11 %), oder weil der Beitrag das Geschlecht der betroffenen Personen offen lässt (19 %).
Die beobachtbaren Geschlechterunterschiede in der Darstellung bleiben dabei über die Zeit konstant.

Berichterstattung über Männer und Suizidalität

Bei der Berichterstattung über Männer steht in 77 Prozent der Beiträge ein konkreter, realer Fall von Suizidalität (Suizid, Suizidversuch, Suizidgedanken) im Vordergrund. 14 Prozent der Artikel behandeln fiktionale Fälle von Suizidalität, drei Prozent ausschließlich allgemeinere Suizidzahlen, ohne dabei auf einen konkreten Fall genauer einzugehen. In sechs Prozent der Artikel wird Suizidalität explizit thematisiert (z.B. als mögliche Todesursache im Kontext eines unklaren Todesfalls), aber letztlich auch explizit ausgeschlossen.

Von den Beiträgen, die über konkrete, reale Fälle von Suizidalität bei Männern berichten, entfallen 81 Prozent auf (tödliche) Suizidfälle, zehn Prozent auf Suizidversuche und neun Prozent auf Suizidgedanken. Hier zeigen sich also klare Unterschiede zur tatsächlichen Prävalenz der jeweiligen Formen in der Gesellschaft, die sich auf journalistische Selektionsmechanismen zurückführen lassen.

Mediale Über- und Unterrepräsentation von Formen männlicher Suizidalität

Während das Verhältnis von Männern und Frauen innerhalb der Berichterstattung bei (tödlichen) Suiziden in etwa der bekannten gesellschaftlichen Verteilung entspricht, sind die Abweichungen bei anderen Formen von Suizidalität mitunter gravierend. So stehen Männer auch innerhalb der massenmedialen Berichterstattung über Suizidversuche (77 %) und Suizidgedanken (71 %) überproportional stark im Fokus.

Gemessen an ihrem realen Vorkommen in der Gesellschaft sind zudem Prominente in der medialen Berichterstattung über konkrete Fälle männlicher Suizidalität deutlich überrepräsentiert: 43 Prozent der Artikel befassen sich mit der Suizidalität von Prominenten, 57 Prozent behandeln die Suizidalität nicht-prominenter Personen.

Besonders interessant ist zudem, in welchen Kontexten Medien in Deutschland über männliche Suizidalität berichten. Ein Schaden für andere durch männliche Suizidalität (14 % – z.B. im Kontext von Terror, Amok oder Fällen erweiterten Suizids) steht dabei ähnlich häufig im Fokus wie psychische Erkrankungen (19 %). Zum Vergleich: Bei Fällen weiblicher Suizidalität ist ein Schaden für Außenstehende nur in drei Prozent der Artikel Gegenstand der Beiträge, dafür spielen psychische Erkrankungen hier in der Berichterstattung mit 22 Prozent zumindest eine etwas größere Rolle.

Fazit

Ausgehend von allgemeinen kommunikationswissenschaftlichen Erkenntnissen, wonach die massenmedial vermittelte Berichterstattung die Vorstellungen der Rezipienten von der sozialen Realität maßgeblich prägen kann, ergeben sich aus den empirischen Befunden zur Alltagsberichterstattung über männliche Suizidalität wichtige Implikationen. Bemerkenswert ist hier zum einen, dass, bedingt durch Mechanismen journalistischer Nachrichtenauswahl, tödliche Suizide gegenüber Suizidgedanken und auch Suizidversuchen in der Berichterstattung klar überrepräsentiert sind. Besonders problematisch für die Wahrnehmung scheint zudem, dass die Berichterstattung auf der einen Seite männliche Suizidalität vergleichsweise selten im Kontext psychischer Erkrankungen aufgreift, auf der anderen Seite mit externaler Gewalt verbundenen Formen von Suizidalität vergleichsweise große Bedeutung beimisst.

› **Dr. Markus Schäfer studierte Publizistik, Psychologie und Politikwissenschaft**

und schloss ab mit der Arbeit „Die Berichterstattung über Prominentensuizide in der deutschen Presse". Er ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Publizistik der Johannes Gutenberg-Universität Mainz. Seine Forschungs- und Arbeitsschwerpunkte sind u.a. Gesundheitskommunikation und Suizidprävention. Markus Schäfer ist Mitglied der Teilprojektgruppe „Suizidprävention in der Medien- und Öffentlichkeitsarbeit" des Projekts „Suizidprävention Deutschland – Aktueller Stand und Perspektiven". Dieses wurde eingerichtet auf Initiative und in Kooperation mit dem Nationalen Suizidpräventionsprogramm (NaSPro) und ist gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit.

› **Literatur**

Markus Schäfer: Kommunikation über Suizide. In: Constanze Rossmann und Matthias R. Hastall (Hg.): Handbuch Gesundheitskommunikation. Berlin: Springer, 2016, S. 591 - 601.

› **Kontakt**

markus.schaefer@uni-mainz.de
www.kowi.ifp.uni-mainz.de/team/dr-markus-schaefer/

Männer lösen ihre Probleme selbst! Und wenn es das Letzte ist, was sie tun ...

Björn Süfke

An dieser Stelle brauchen wir uns nicht allzu lange mit Daten und Statistiken beschäftigen. Es braucht im Grunde nur eine einzige Zahl, eine einzige Statistik, um die sehr enge Verbindung zwischen Mann-Sein und Selbsttötung zu illustrieren: Etwa 75 Prozent der Menschen, die sich in Deutschland selber umbringen, sind Männer. Und dieser Anteil ist tendenziell steigend, im Jahre 1980 etwa waren es noch weniger als zwei Drittel. Wenn wir nach Ost- oder Nordosteuropa schauen, also auf die Länder mit den weltweit höchsten Suizidraten überhaupt, dann treffen wir in der Regel auf 80 bis 85 Prozent männliche Suizidopfer. Wie aber kommt es zu dieser fatalen Verknüpfung von Männlichkeit und Suizid? Ich möchte hier einige Gedankengänge dazu vorstellen, von denen ich annehme, dass sie für die praktische Arbeit mit suizidalen Männern nicht völlig irrelevant sind.

■ Männliche Suizide werden nicht (nur) durch das Auftreten sehr starker Gefühle begünstigt, sondern im Gegenteil durch eine starke Abwehr von Gefühlen

Es ist offensichtlich und entsprechend auch ausreichend thematisiert, dass Suizide häufig in Folge des massiven Auftretens starker Gefühle geschehen. Entsprechend geht es in der Arbeit mit akut suizidgefährdeten Menschen häufig auch darum, Gefühle erst einmal herunter zu regulieren. Gerade bei Männern ist aber auch die genau entgegengesetzte Problematik durchaus suizidförderlich, nämlich eine starke Abwehr von eigenen Gefühlen und Impulsen. Denn die bei Männern weit verbreitete Abspaltung von Gefühlen bringt logischerweise auch eine Unfähigkeit mit sich, in seinem Leben – neben den belastenden Aspekten – freudvolle, sinnvolle Dinge zu entdecken, die einem den Suizid verunmöglichen würden. Denn um diese positiven Dinge entdecken zu können braucht man einen intakten Gefühlszugang, das läuft eben nicht allein über den Kopf, den Verstand.

Wir können ja im Fernsehen, vor allem im „Tatort“ oder in anderen Krimis, fast allabendlich Suizidprävention in Akutfällen beobachten: Am Ende des Films steht der Mörder – wenn er denn überführt ist – meist auf einem Fenstersims oder richtet die Waffe gegen seinen Kopf; und Frau Odenthal oder Frau Lindholm oder die Herren Borowski, Ballauf, Schenk reden auf den Mann – denn in der Regel ist es ja ein Mann – ein, um ihn vom Sprung oder vom Schuss abzuhalten. Und meist machen sie das auch gar nicht schlecht, weil sie nämlich nicht versuchen, die negativen, belastenden Gefühle von Schuld, Trauer

oder Angst vor dem Gefängnis zu relativieren. Sie sagen in der Regel nicht: „Mensch, komm, ist doch nicht so schlimm, dass du den umgebracht hast!“ oder „Ach, die dreißig Jährchen im Knast, die sitzt du doch locker ab!“ Sondern sie appellieren an ein – parallel zu den belastenden Gefühlen – vorhandenes positives Gefühl, etwa die Liebe zu den eigenen Kindern oder die persönliche Ehre oder einen anderen Aspekt, der für den Mann einen hohen Wert hat. Sie sagen also Dinge wie „Wie, glaubst du, wird es deinem Sohn gehen, wenn du jetzt da runterspringst?“ oder „Wenn du jetzt abdrückst, dann kann keiner mehr gegen diesen fiesen Menschenhändler vor Gericht aussagen, dann gewinnt am Ende dieser miese Kerl, willst du das?“

■ Männer, die gelernt haben, eigene Gefühle abzuwehren, konnten natürlich auch keine guten Umgangsweisen mit starken Gefühlen entwickeln – insbesondere nicht mit Hilflosigkeit

Der zweite Gedankengang schließt sich unmittelbar an den ersten an: Wenn viele Männer Gefühle aufgrund ihrer Sozialisation massiv abwehren, dann ist es nur logisch, dass sie kaum über adäquate Umgangsweisen mit diesen Gefühlen verfügen – vor allem nicht in Situationen, wo Gefühle plötzlich und / oder mit starker Kraft hervorbrechen. Das heißt zum einen, dass Männer mit massiven Gefühlen von Trauer, etwa nach dem Verlust eines geliebten Menschen, von Angst, etwa vor rapidem körperlichen Verfall, oder auch von Schuld, etwa nach einem schwerwiegenden eigenen Vergehen, im wahrsten Sinne des Wortes hoffnungslos überfordert sind. Aber auch das wäre ja noch nicht so schlimm, wenn sie dieses Gefühl der Überforderung, der fundamentalen Hilflosigkeit gut wahrnehmen und ebenso gut damit umgehen könnten.

Aber leider ist Hilflosigkeit für uns Männer mit das Schlimmste, sprich: das Unmännlichste und damit am stärksten abgewehrte Gefühl überhaupt. Männer, die sich mit dem Auto verfahren haben, brauchen im Durchschnitt angeblich 30 Minuten, bis sie jemandem nach dem Weg fragen – Frauen fünf Minuten. Frauen, die eine psychische Problematik haben, sollen im Durchschnitt auch nur neun Monate brauchen, bis sie jemanden um Hilfe bitten – Männer dagegen 69 Monate. Und manche Männer fragen nie.

■ Männer handeln statt zu quatschen

Ein Kernmerkmal von Männlichkeit ist die ausgeprägte Handlungsorientierung: Männer sind so sozialisiert, dass Dinge grundsätzlich nur veränderbar scheinen durch Handlung. Diese Tendenz hat unbestreitbare Vorteile, selbst im Zusammenhang mit psychischen

Problematiken. So hebelt sie etwa die bei Depressionen typische Lageorientierung, also das Verharren im unbefriedigenden Status quo, oft völlig aus.

Es gibt aber auch Lebenssituationen, in denen keinerlei positive Handlungsmöglichkeiten bestehen, sondern jedes Agieren letztlich kontraproduktiv und destruktiv ist. In solchen Situationen braucht es etwa die Fähigkeit, Dinge aus einer anderen Perspektive zu betrachten, Neubewertungen vorzunehmen, Zielvorstellungen oder Erwartungen zu ändern – oder auch sich einfach nur mitzuteilen und Unangenehmes auszuhalten. Sprich: Nicht die Situation als solche zu ändern, sondern die emotionale Bedeutung der Situation. Diese Fähigkeit aber kann man kaum ausbilden, wenn man lebenslang auf Handlungen ausgerichtet wurde und auch seine männliche Identität damit verknüpft.

■ Männer dürfen nicht versagen – auch nicht einmalig

Ein weiterer Aspekt ist noch von Bedeutung: Es gibt kein Versagen, kein Verlieren im Land der Männlichkeit! Im Land der Männlichkeit gibt es nur Gewinner und „verhinderte Gewinner". Daher erleben wir es auch so häufig, dass Männer selbst ein offensichtliches persönliches Versagen entweder verdrängen oder aber anderen die Schuld dafür geben. Dafür gibt es ja eine Fülle wundervoller Beispiele: Wenn ein Mann ein Tennismatch gewinnt, dann war er der Bessere; wenn er verliert, war der Schiedsrichter schuld oder der Platz war in einem schlechten Zustand oder es war Pech. Externalattribution von Misserfolg heißt das in schönem Fachpsychologisch: Misserfolge werden ursächlich im Außen verortet, nicht im Inneren.

Nun machen Männer dies alles ja nicht, weil sie doof sind oder simpel gestrickt oder egoman. Es ist schlichtweg so, dass Versagen, selbst ein einmaliges Versagen, dem Mann seinen Männlichkeitsstatus entzieht. Das ist wie mir scheint ein wesentlicher Unterschied zu Frauen: Für Frauen ist Versagen auch nicht schön – und natürlich auch selbstwertbeeinträchtigend bis hin zur Depression. Aber Versagen entzieht Frauen nicht ihre grundlegende Identität als Frau. Männlichkeit hingegen muss immer wieder neu bewiesen werden. Wenn man also versagt, geschieht etwas, was weitaus schlimmer ist als ein Misserfolg in einem spezifischen inhaltlichen Lebensbereich, nämlich letztlich die Aberkennung der männlichen Identität.

Ein Mann, der im Beruf versagt, ist – mindestens in seinem eigenen Empfinden – kein echter Mann mehr, und das selbst dann, wenn er der beste Freund, der tollste Vater, der großartigste Liebhaber und der herzensbeste Mensch ist. Ein Mann, der im Bett ver-

sagt, ist kein echter Mann mehr – selbst wenn er der erfolgreichste Unternehmer, der liebevollste Partner, der tollste Vater ist. So lange dies so ist, kann Selbstmord auf eine zynische Art und Weise tatsächlich als eine „Problem-Lösung" betrachtet werden, die zwar das Leben beendet, aber die männliche Identität aufrechterhält.

Was bedeutet das für eine männerbezogene Suizidprävention? Männerbezogene Suizidprävention muss sich im Land der Männlichkeit auskennen, und sie muss die dort herrschenden belastenden Bedingungen des Mann-Seins mit betroffenen Männern thematisieren. So kann sie dabei helfen, Alternativen herauszufinden: Alternativen zu bislang unhinterfragten Vorstellungen, Zwängen, Strukturen und Verhaltensweisen – und somit am Ende vielleicht auch Alternativen zum Suizid.

› **Björn Süfke ist Psychologe**
und arbeitet als Männertherapeut und Autor zu Männerthemen. Er engagiert sich im Team der man-o-mann Männerberatung Bielefeld und beim bundesweiten Männerhilfetelefon für Männer, die Gewalt erlitten haben.

› **Literatur**

Björn Süfke: Männerseelen. Ein psychologischer Reiseführer. Düsseldorf: Patmos, 2014.
Björn Süfke: Männer. Was es heute heißt, ein Mann zu sein. München: Goldmann, 2018.

› **Kontakt**

info@maenner-therapie.de
https://maenner-therapie.de

Männliche Depression und Suizidalität

Anne Maria Möller-Leimkühler

Ein wesentlicher Faktor, der zur geringeren Lebenserwartung von Männern beiträgt, ist ihre hohe Suizidrate, die zwei- bis dreimal höher ist als die von Frauen und mit zunehmendem Alter noch einmal disproportional ansteigt. Obwohl die Suizidrate in Deutschland kontinuierlich sinkt, ist das Geschlechterverhältnis bis heute unverändert geblieben. Trotz dieser Tatsache ist die hohe Suizidrate von Männern nach wie vor kein Thema in der Öffentlichkeit, sondern wird wie eine anthropologische Konstante hingenommen.

■ Suizid – eine unsichtbare Epidemie

Wie kann die hohe Suizidrate von Männern erklärt werden? Grundsätzlich ist der Suizid ein hochkomplexes Geschehen, das durch sozialstrukturelle, psychosoziale, biologische und medizinische Risikofaktoren beeinflusst wird. So wird das Suizidrisiko von Männern im Vergleich zu dem von Frauen z.B. stärker erhöht durch soziale Desintegration, Kindheitstraumen, Trennung oder Scheidung, Arbeitslosigkeit, Pensionierung, soziale Isolation, geringes Einkommen oder chronische körperliche bzw. psychische Erkrankungen.

Die Depression gilt als eine der wichtigsten Gründe für suizidales Verhalten, was vielfach nachgewiesen wurde, aber in der Öffentlichkeit kaum bekannt ist. Das Suizidrisiko ist bei depressiv Erkrankten 20- bis 27-mal höher als in der Allgemeinbevölkerung. Im Vergleich zu depressiven Frauen haben depressive Männer wiederum ein doppelt so hohes Suizidrisiko. Die Hauptursache dafür liegt in einer Unterdiagnostizierung und Unterbehandlung von Depressionen bei betroffenen Männern.

Diese ist wiederum auf folgende Faktoren zurückzuführen:
- Auf allgemeine Geschlechterklischees, wonach Depression eine typische Frauenkrankheit ist,
- auf die Tatsache, dass eine Depression bei Männern schwerer zu diagnostizieren ist, weil sie durch typisch männliches Stressverhalten maskiert sein kann,
- auf die Tatsache, dass Männer kaum über emotionale Probleme sprechen, und
- auf die Tatsache, dass Männer es lange vermeiden, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen – aus Angst vor Stigmatisierung und „Männlichkeitsverlust“.

■ Männliche Depression: mehr Wut als Traurigkeit

Aufgrund der aktuellen Forschungslage kann man nicht mehr davon ausgehen, dass Frauen 2- bis 3-mal häufiger an Depressionen erkranken als Männer. Männer haben kein geringeres Depressionsrisiko, sondern können eine Depression vielmehr anders erleben als Frauen. So stehen nicht die klassischen Depressionssymptome im Vordergrund wie depressive Stimmung, Antriebslosigkeit oder Traurigkeit, sondern Aggressivität, Reizbarkeit, Alkoholkonsum, suchtähnlicher Aktivismus in Arbeit oder Sport, Sexualität oder Internet, sozialer Rückzug, Risikoverhalten. Dies sind Verhaltensmuster, die üblicherweise nicht an eine Depression denken lassen, aber Indikatoren für eine Depression sein können – eine „männliche Depression". Diese wird oft nicht erkannt.

Aber wie können Männer selbst wahrnehmen, wenn sie vom Dauerstress in eine Depression geraten? Signale dafür können die Entwicklung eines Burnout sein oder körperliche Beschwerden, für die letztlich keine körperliche Ursache gefunden wird. Diese Beschwerden werden von den Betroffenen lange ignoriert, bagatellisiert und verdrängt, und zwar umso mehr, je mehr sie sich darum bemühen, gesellschaftliche Männlichkeitsnormen wie Erfolg und Leistungsbereitschaft, Funktionsfähigkeit und Selbstverantwortung zu erfüllen. Es sind häufig Kopf- oder Rückenschmerzen, Schlafstörungen oder Erschöpfungszustände, die als Reaktion auf belastende Ereignisse oder aber ohne jeden erkennbaren Anlass auftreten können. Obwohl die betroffenen Männer eine starke innere

Anspannung spüren, ist es ihnen oft nicht bewusst, dass es sich hier um ein psychosomatisches Geschehen handelt, dessen Kern wahrscheinlich eine Depression ist. Viele Männer wollen dies nicht wahrhaben, weil eine Depression nicht mit ihrem Männlichkeitsbild vereinbar ist.

Ein fataler Fehler, denn erstens können Depressionen gut und erfolgreich behandelt werden. Und zweitens: Je länger eine Depression nicht erkannt und behandelt wird, desto schlechter ist die Prognose, desto schwerer sind die körperlichen, psychischen und sozialen Folgeschäden und desto größer wird das Suizidrisiko.

■ Die Vermeidung von Hilfesuche kann tödlich sein

Die Suizide von Männern sind aggressiver, impulsiver und mit härteren Methoden durchgeführt – für die Umwelt geschehen sie meist völlig überraschend. Neuere Studien zum Zusammenhang zwischen traditioneller Männlichkeit, Depression und Suizidalität belegen, dass eine stärkere Orientierung an Normen traditioneller Männlichkeit mit einer stärkeren Ausprägung männertypischer Stress- und Depressionssymptome einhergeht: mit erhöhter Aggressivität, Reizbarkeit, Impulsivität, mit häufigen Wutausbrüchen, erhöhtem Alkohol- und Substanzkonsum oder suchtähnlichen Formen von Aktivismus. Das höhere Suizidrisiko kann insofern gerade auch die „harten Kerle“ betreffen, wenn sie Konflikte nicht mehr wie gewohnt bewältigen können. Männer, die alles in sich hineinfressen, richten dann das Gefühl von Ohnmacht und Hilflosigkeit in Form von Selbstzerstörung gegen die eigene Person.

Das Bindeglied zwischen männlicher Depression und Suizid sind Aggression und Impulsivität, sowohl in psychologischer als auch in neurobiologischer Hinsicht. Dachte man früher noch, dass Depression durch eine Hemmung von Aggression zustande kommt, weisen neuere Befunde darauf hin, dass Depression und Aggression Hand in Hand gehen können. Denn: Aggression ist die normale Folge eines psychischen Konflikts, der subjektiv nicht gelöst werden kann und deshalb zu Frustrationen führt. Werden die eigenen Bedürfnisse – jenseits vom Funktionieren wollen – auf Dauer nicht wahrgenommen, macht das sowohl aggressiv als auch depressiv. Eine (sinnlose) Entladung von Aggression macht deshalb die Depression nicht rückgängig. Im Gegenteil: Die Aggression wird durch die Depression noch angeheizt, bis sie sich im Suizid gegen die eigene Person richtet. Es ist deshalb irreführend, den Suizid als „Freitod“ zu bezeichnet, er ist vielmehr Ausdruck und extreme Folge einer vielschichtigen Einengung, die zunehmend durch die Depression entsteht: einer Einengung des Denkens, des Fühlens und der sozialen Beziehungen.

■ Männliche Suizidmotivation

Ein Suizid lässt sich allgemein durch folgende Motive kennzeichnen:
– nicht mehr aushalten können einer subjektiv unerträglichen Belastung oder Kränkung
– subjektiv unerträglicher psychischer Schmerz
– die Überzeugung, keinen Ausweg mehr zu finden
– kein rationales Denken mehr möglich, festgefahrene Perspektive
– aggressive Impulse, die nur schwer kontrolliert werden können
– Gefühle von Zorn, Wut, Rache – aber auch Gefühle von Scham oder Schuld
– Hoffnungslosigkeit

Männern wird nicht nur aufgrund des historisch gewachsenen traditionellen Männerideals eher Aggression und Impulsivität zugestanden, sondern sie sind auch aufgrund ihrer spezifischen hormonellen und hirnbiologischen Ausstattung stärker für Aggression und Impulsivität prädisponiert. Aus der Evolutionsbiologie und aus experimentellen Stressstudien ist bekannt, dass Männer bei Stress und Bedrohung mit Kampf- und Fluchtstrategien reagieren. Dabei schnellen Testosteron und Stresshormone in die Höhe und führen zu gesteigerter Aggressivität, Impulsivität und stärkerem Risikoverhalten. Für den Zusammenhang zwischen Aggression, Impulsivität und männlicher Suizidalität wird aus neurobiologischer Sicht außerdem ein Serotoninmangel verantwortlich gemacht (Serotonin = „Wohlfühlhormon“), der bei Männern aggressive Impulse fördert, bei Frauen dagegen zu Ängstlichkeit und depressiver Verstimmung führt.

■ Schlussfolgerungen für die Suizidprävention

Für eine erfolgreiche männerspezifische Suizidprävention können daraus folgende Schlüsse gezogen werden:
– Depressionen bei Männern müssen besser und früher erkannt werden, damit die notwendige Behandlung eingeleitet werden kann.
– Wichtig dabei ist die Berücksichtigung von Aggressivität, Wutausbrüchen, Impulsivität, erhöhtem Alkohol- oder Substanzkonsum und einer emotionalen Kontrolle, was häufig mit der Orientierung an Männlichkeitsnormen einhergeht und das Suizidrisiko erhöht.
– Durch Aufklärung muss ein Bewusstsein für diese Zusammenhänge geschaffen werden.
– Auf Seiten betroffener Männer setzt die frühzeitige Erkennung einer Depressions- bzw. Suizidgefährdung voraus, dass sie lernen, offener über psychische Konflikte zu sprechen und „mutig“ genug sind, rechtzeitig professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen und sich darauf einzulassen.

– Professionelle Hilfe anzunehmen heißt: Vorurteile gegen Psychotherapie und Antidepressiva abzubauen. Psychotherapie und Antidepressiva sind bei Männern genauso effektiv wie bei Frauen. Psychotherapie schafft Zugänge zu sich selbst und ermöglicht eine bessere Stressbewältigung. Bei schwereren Depressionen räumen Antidepressiva das biochemische Chaos im Gehirn auf.

› **Prof. Dr. Anne Maria Möller-Leimkühler ist Professorin**
für Sozialwissenschaftliche Psychiatrie an der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität in München. Sie studierte Sozialwissenschaften und Philosophie, spezialisierte sich auf die sozialwissenschaftliche Forschung in der Psychiatrie und verfasste zahlreiche Fachpublikationen, nicht zuletzt zum Thema Depression bei Männern.

› **Literatur**

Anne Maria Möller-Leimkühler: Vom Dauerstress zur Depression. Wie Männer mit psychischen Belastungen umgehen und sie besser bewältigen können. Munderfing: Fischer & Gann, 2016.
Anne Maria Möller-Leimkühler: Unerkannte Depressionen erhöhen die Suizidrate. Berlin 2021. Online verfügbar bei der Stiftung Männergesundheit: www.stiftung-maennergesundheit.de/aktuelles-details/unerkannte-depressionen-erhöhen-suizidrate.html

› **Hinweis**

Ein „Gendersensitives Depressions-Screening GSDS-25“ ist von der Autorin entwickelt und validiert worden und kann bei ihr oder bei der Stiftung Männergesundheit angefordert werden.

› **Kontakt**

anne-maria.moeller-leimkuehler@med.uni-muenchen.de
www.lmu-klinikum.de

Erfahrungen mit Männern bei Sucht, Depression und Suizidalität in Klinik und Therapie

Ein Gespräch mit dem Psychologen Horst Zepp

Menschen, die durch Suizid versterben, litten zuvor mehrheitlich an einer psychiatrischen Erkrankung, am häufigsten an einer Depression. Ebenso sind Suchterkrankungen mit einem erhöhten Suizidrisiko verbunden. Die erfolgreiche Behandlung psychiatrischer Erkrankungen ist deshalb ein besonders wichtiges Element der Suizidprävention.

■ **Herr Zepp, können Sie uns kurz ihr Arbeitsfeld skizzieren – gerade in Bezug auf die Versorgung von Männern?**

Ich bin seit etwa 20 Jahren als Psychologe und Psychotherapeut tätig in der stationären Behandlung von depressiven und suchtkranken Menschen mit vorwiegend verhaltenstherapeutischen und gesprächspsychotherapeutischen Methoden im Einzel- und Gruppensetting. In beiden Bereichen sind in der Patientenschaft mittlerweile gleichermaßen Frauen wie Männer vertreten. Die Gruppentherapie ist ein wichtiger Bestandteil. In den gemischten Gruppen profitieren auch die Männer vom gemeinsamen Austausch. Zudem gibt es Einzelgespräche, sodass mit Bezug auf die individuelle Problematik ein Rahmen angeboten wird, in dem Vertrauen entstehen kann und auch männerspezifische Themen bearbeitet werden können. Außerdem werden mitunter Männergruppen angeboten mit einem spezifischen thematischen Spektrum. Im sozialen Setting der Station findet auch informell ein hilfreicher Austausch statt, etwa bei gemeinsamen Freizeitaktivitäten. Patienten helfen Patienten. Dabei bilden sich auch häufig separate männliche Untergruppen.

■ **Welche Rolle spielt in Ihren Zusammenhängen der Bogen von Depression, Suizidalität und Suizidversuch – speziell im Zusammenhang mit Suchterkrankungen?**

Häufig werden depressive Menschen wegen Eigengefährdung notfallmäßig nach Suizidversuch oder bei starken Suizidgedanken mit Handlungsdrang in die Klinik aufgenommen. Bei den allermeisten depressiven Patienten treten lebensmüde Tendenzen und Suizidgedanken auf. Ziel der multimodalen Behandlung ist eine symptomatische Besserung und Stabilisierung. Dazu gehört auch die Reflexion zur Entstehung der Depression und der Suizidalität sowie zur nachhaltigen Stabilisierung eine individuell ausgearbeitete

Rückfallprophylaxe. Vor dem Hintergrund männlicher Biografien sieht das bei Männern immer etwas anders aus: Der Beruf spielt oft eine wichtige Rolle, ebenso Erwartungen im Kontext der Männerrolle, aber auch Erfahrungen als Sohn mit der Mutter oder dem Vater.

Suchtmittel werden häufig verwendet um depressive Symptome wie gedrückte Stimmung, Schlafstörungen, Antriebsverlust zu bekämpfen. Es entsteht eine Doppelproblematik und letztlich eine Verstärkung der Depression. Unterschwelliger Lebensüberdruss wird mitunter noch durch Alkohol überspielt. Gesteigerter Alkoholmissbrauch führt häufig zu impulsiven Suizidversuchen. Männer sind anfälliger für Alkoholsucht, die Rate ist etwa dreimal so hoch als bei Frauen.

■ **Welche – i.d.R. weniger gut bewältigte – biografischen Erfahrungen, Lebenslagen und Krisenthemen bringen betroffene Männer häufig mit?**

Häufige Themen sind Trennungen, der Abbruch von Beziehungen – auch zu den Kindern, ein Verlust des Arbeitsplatzes, sozialer Rückzug, körperliche Erkrankungen und anhaltende Einschränkungen, der Eintritt in das Rentenalter, eine unsichere Persönlichkeit infolge von schädlichen Erfahrungen in der frühen Biografie. Häufig gibt es da Mehrfachbetroffenheiten.

■ **Wie erleben Sie Hilfesuche, Selbstthematisierung und Sprechfähigkeit von Männern in diesen Zusammenhängen?**

Es besteht meist ein hoher Leidensdruck mit dem Bedürfnis sich mitzuteilen, gehört zu werden und Verständnis zu erfahren. Zugleich ist die Reflexions- und Sprechfähigkeit durch Symptome wie gedrückte Stimmung, Konzentrationsdefizite, auch Ängste eingeschränkt. Die Selbstthematisierung ist individuell sehr unterschiedlich, je nach Biografie und Persönlichkeit. Männern fällt es insgesamt wohl etwas schwerer, problematische Wesenszüge oder eigene Schwächen anzusprechen und Hilfe nachzufragen. Manchmal scheint es so, dass Männer eher über körperliche Gebrechen sprechen – sprechen können oder wollen –, weniger über Gefühle und Bedürfnisse. Sie reagieren eher somatisch, suchen dann auch eher somatische Zugänge und Erklärungen für ihre Situation. Mitunter werden Probleme und Belastungen auch bagatellisiert.

■ **Was fällt Männern eher schwer?**
Und welche „männlichen“ Bewältigungsressourcen bringen sie mit?

Vielen Männern fällt es wie gesagt schwerer, nach innen zu blicken und eigene Bedürfnisse zu thematisieren, auch das Bedürfnis Hilfe zu erhalten. Dagegen sind Wut und Anspannung bei Männern häufiger anzutreffen, auch der Wunsch, dass es doch irgendwo eine Lösung für ihr Problem geben müsste. Vielleicht versuchen Männer, sich durch einen mehr sachlich-funktionalen Zugang mit Fokus aufs Problem und dessen Lösung nebenbei auch vor einer höheren emotionalen Belastung zu bewahren. Das lässt sich aber auch als Aktivitätsimpuls nutzen. Außerdem scheinen Männer von körperlicher Aktivität und bewegungsorientierten gemeinsamen Unternehmungen wie z.B. Kegeln, Fahrradfahren, Wandern zu profitieren.

■ **Was hilft den Männern?**
Mit welchen – methodischen – Zugängen machen Sie gute Erfahrungen?

Wir können davon ausgehen, dass depressive Menschen allgemein von Aktivierung und Wiedererlangung von Selbstwirksamkeit profitieren. Das ist dann jeweils eine Frage der für Männer passenden Auswahl von Zugängen. Es braucht da den Bezug auf die Biografie, die individuellen Erfahrungen, z.B. im Bereich Sport und Bewegung oder auch in der Ergotherapie mit praktischer Tätigkeit. Häufig finden sich Männer auch zusammen, um Tischtennis zu spielen oder Spaziergänge zu machen, und tauschen sich dabei aus.

In der Gruppenpsychotherapie werden die Themen patientenorientiert so ausgewählt, dass regelmäßig auch männerspezifische Themen dran kommen. Also das Verhältnis zur mehr oder weniger gelungenen Berufsbiografie, Fragen der Beziehungsgestaltung, Umgang mit Verlusten, Krankheit und Einschränkungen. Bei Bedarf werden dazu Männergruppen gebildet, und zusätzlich gibt es das Angebot, etwas im Einzelgespräch mit dem männlichen Therapeuten zu besprechen, also von Mann zu Mann.

■ **Wie könnte man Männer besser unterstützen?**
Was wäre hilfreich, um die therapeutische Situation zu verbessern?

Gerade für Männer wäre es sinnvoll, wenn in den ärztlichen Kontakten wie zum Beispiel beim Hausarzt, bei Fachärzten, beim Betriebsarzt mehr Zeit fürs Gespräch wäre, um dem nachzugehen, was z.B. hinter bestimmten körperlichen Symptomen steckt. Dazu müsste wohl die „sprechende“ Medizin auch besser honoriert werden. In Krankenhäusern würden

sie von der Einführung einer psychosozialen Beratung bei allen Krankheitsbildern profitieren. Bislang gibt es fast nur in der Onkologie eine explizite psychologische Begleitung, sonst nirgends. Deshalb kommt oft die Psychoedukation dann viel zu spät.

Es ist gut, wenn niedrigschwellige Angebote wie etwa die Telefonseelsorge durch männerspezifische Angebote wie ein Männerberatungstelefon erweitert werden. Auch Online-Zugänge und digitale Angebote können eine gute Ergänzung sein, weil manche Männer gerne erst mal in der Distanz bleiben. Damit verbunden braucht es dann aber auch die Möglichkeit zum Aufbau eines direkten, verbindlichen Kontaktes.

Ein einfacherer Zugang zu Sozialberatung und ambulanter Psychotherapie ist auch wichtig, die Wartezeiten sind oft viel zu lang und Problemlagen verfestigen sich. Da sehe ich auch die Kommunen in der Verantwortung, das zu organisieren, zum Beispiel im Umfeld von Arbeits- und Sozialamt, aber auch im Umfeld etwa von Sportvereinen oder Fitnessstudios. Dazu gehört mehr Information über Selbsthilfegruppen, die im Suchtbereich schon lange und im Bereich Depression ja auch bestehen.

In einigen Psychiatrien gibt es sogenannte „Genesungsbegleiter", das sind meistens ehemalige Patienten. Ein anderes Modell ist EX-IN[1], das heißt Experienced Involvement, also Beteiligung von Erfahrenen, und bedeutet, dass Psychiatrie-Erfahrene sich als bezahlte Fachkräfte im psychiatrischen System qualifizieren können. Und auch in Betrieben gibt es manchmal „Suchthelfer", das sind z.B. abstinent lebende alkoholkranke Menschen, die dann niedrigschwellige Gesprächsangebote machen. Das sind Modelle, denen eine größere Verbreitung zu wünschen ist. Und dann braucht es auch noch mehr Sensibilität für besondere Lebenslagen, zum Beispiel im Kontext von Migration, bei Armut und Hartz IV, für die Situation alleinlebender Männer.

› **Horst Zepp ist Psychologe und Psychotherapeut.**
Nach einem Studium der Psychologie und der Ausbildung in Verhaltenstherapie arbeitet er heute in der stationären Langzeitbehandlung suchtkranker Menschen und in der stationären Behandlung von Menschen mit depressiven Erkrankungen in einer psychiatrischen Klinik bei Stuttgart.

› **Kontakt**
horstzepp@t-online.de

[1] *https://ex-in.de – EX-IN Deutschland. Experten durch Erfahrung in der Psychiatrie*

Jungen*- und männer*bezogene Suizidprävention im Kontext der Onlineberatung antihelden.info

E. kommt wieder in den Chat. Letzte Woche hat E. berichtet, dass ihn immer wiederkehrende Gedanken quälen, sich umzubringen. Seit die Familie von E. über seine Intergeschlechtlichkeit Bescheid weiß, darf er nicht mehr seine Brüder sehen. Und dann ist letzte Woche auch noch seine Katze gestorben. Das alles macht E. sehr traurig. Um wieder etwas spüren zu können, hat E. sich mehrmals selbst verletzt. Nun schreibt E., dass er überlegt, sich am Bahndamm auf die Gleise zu legen – alles hätte sowieso keinen Sinn mehr …

D. ist nun zum dritten Mal im Chat. Wenn D. in der Straßenbahn sitzt und einen gut aussehenden jungen Mann sieht, kommt der Wunsch in ihm hoch, auszusteigen, den jungen Mann zu töten und am Leichnam dann sexuelle Handlungen vorzunehmen. D. empfindet eine große Scham und einen großen Leidensdruck. D. fühlt sich alleine und hat mehrmals Pläne überlegt, sein Leben selbst zu beenden …

Basierend auf solchen und ähnlichen Erfahrungen der Onlineberatung antihelden.info des Stuttgarter Vereins zur Förderung von Jugendlichen wollen wir im Folgenden einen Einblick in die jungen*- und männer*bezogene Suizidprävention im Kontext von Geschlechtsidentität und Vielfalt geben. Nach einer konzeptionell-theoretischen Hinführung folgen praxisorientierte Perspektiven, die wir der kontinuierlichen Dokumentation und Reflexion unserer Beratungstätigkeit entnehmen.

Über die Chatberatung antihelden.info können Menschen – unabhängig von ihrer individuellen Genderverortung – Beratung und Hilfe im Kontext sexueller Bildung und der Prävention von sexueller Gewalt erhalten. Das Angebot ist für die ratsuchenden Menschen kostenfrei und anonym. Hinsichtlich der Häufigkeit der Beratungsanlässe sticht das Thema Suizidalität auch in unserer aktuellen Statistik von Oktober 2020 bis Oktober wieder deutlich hervor. Nach dem mit Abstand häufigsten Beratungsanlass „sexualisierte Gewalt“, ist „Suizidalität“ – nach dem unspezifischeren Themenfeld „persönliche Probleme“ – der dritthäufigste Beratungsgrund. Zugleich vermischt sich das Thema häufig mit anderen Beratungsanlässen.

Auf unserer Beratungsplattform schließen wir auf die Genderverortung der Adressat:innen durch das gewählte Pseudonym, Angaben bei der Anmeldung und durch die Gesprächsinhalte und Kontexte. Nach entsprechenden Erfahrungswerten aus der Beratungspraxis beschäftigt viele männlich* markierte Adressaten* die Auseinandersetzung mit und

der Bezug zu gesellschaftlich etablierten, heteronormativen Rollenentwürfen. Oftmals empfinden diese Adressaten* einen enormen Leidensdruck, sie erleben das Gefühl von Isolation und Sprachlosigkeit in Bezug auf ihre Bedürfnisse, Anliegen und Probleme. In den Chatberatungen formulieren sie oft die Frage, ob sie denn „normal" seien, oder ob ihr Leidensdruck Ausdruck einer normativen Devianz sei.

Dies ist, betrachtet man gesellschaftliche Verortungen bezüglich männlicher* Performanzen, zunächst nicht überraschend: Männlichkeit* wird nicht zu einem bestimmten Zeitpunkt definitiv erreicht oder zugeschrieben. Vielmehr besteht in den verschiedensten Lebensbereichen und Lebensphasen eine andauernde Anforderung, diese Männlichkeit* erneut auszudrücken oder herzustellen. Männlichkeit* ist damit in einem gewissen Maß fragil [1]. Männer* stehen zudem unter dem strukturellen Druck, sich mit ihrer Männlichkeit* und mit unterschiedlichen gesellschaftlichen Vorlagen (Rollenbilder, Rollenmodelle) auseinanderzusetzen. Dies trifft in noch größerem Maße zu, wenn Adressaten* für sich selbst erkennen, dass heteronormative Performanzen für sie nicht passend sind und sie Gefahr laufen, als Person abgewertet oder ausgegrenzt zu werden. Die Suche nach sozialen Räumen, in denen habituelle Sicherheit hinsichtlich der eigenen Identität hergestellt werden kann, ist demnach ein wichtiger Schritt im eigenen Prozess der Selbstermächtigung [2]. Was aber, wenn die eigenen Empfindungen so sehr normativ verdeckt oder tabuisiert sind, dass keine sozialen Begegnungsräume offen stehen und ein Austausch mit anderen Menschen, egal ob im homo- oder heterosozialen Kontext, so gut wie unmöglich ist?

In solchen Zusammenhängen wird, wie auch in den oben skizzierten Fallbeispielen, ein Gefühl der Isolation, Ohnmacht und Ausweglosigkeit deutlich. Gerade das Gefühl, sozial isoliert zu sein, wirkt als bedeutsamer Risikofaktor für einen Suizid [3]. Der Suizid wird dann als eine – zugleich als sinnhaft wie praktikabel wahrgenommene – Möglichkeit angesehen, akute Krisen zu beenden und damit extremen Gefühlszuständen im Kontext von Bedrohung, Schuldgefühlen und erlebter Ohnmacht ein Ende zu bereiten. Dabei ist davon auszugehen, dass sich Suizidalität im Zusammenhang mit schweren Traumatisierungen (z.B. in Form einer PTBS – der Posttraumatischen Belastungsstörung) auch sukzessiv entwickeln und erst nach langer Zeit manifestieren kann [4]. Verstärkt wird dieser Zusammenhang durch eine weitere gesellschaftliche Verdeckung unter den Bedingungen von Heteronormativität: Traumatisierungen von männlichen* Adressaten beispielsweise durch sexualisierte Gewalt werden gesellschaftlich weitgehend übersehen, kaum anerkannt und insgesamt schlecht versorgt.

■ Chancen und Herausforderungen der Onlineberatung beim Thema Suizid

Wir wollen nun auf Chancen und Herausforderungen der Onlineberatung (genauer der Chat- und Emailberatung) in solchen Zusammenhängen und beim Thema Suizid eingehen, insbesondere im Vergleich zur Präsenzberatung. Wir beziehen uns dabei auf den Erfahrungshintergrund der Mitarbeitenden der Onlineberatung antihelden.info. Wie bereits benannt zeigt unsere aktuelle Statistik, dass Suizidalität ein vergleichsweise häufiges Thema in den Beratungen ist. Unser Eindruck ist, dass das etwas distanziertere Online-Format vielen Adressat:innen erleichtert, ihre suizidalen Gedanken auszusprechen bzw. sich in ihrer Situation überhaupt ratsuchend an andere zu wenden. Für die Beratenden bringt dies allerdings zugleich einige Herausforderungen mit sich.

Die Onlineberatung von Antihelden – www.antihelden.info – des Vereins zur Förderung von Jugendlichen e.V. bietet Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen anonyme und kostenfreie Chat- und Emailberatung zu Sexualitäten und sexualisierter Gewalt.*
Zusätzlich findet monatlich ein Gruppenchat statt.
Jede:r ist willkommen!

Die Niederschwelligkeit und Anonymität unseres Angebots erleichtert wohl ganz allgemein den Zugang zu dieser Art der Beratung und ermöglicht es auch, eher über das Thema Suizid zu sprechen. Insbesondere die Standortunabhängigkeit fördert Zugangsmöglichkeiten, da die Beratung bei bestehender Internetverbindung und passendem Endgerät von überall aus in Anspruch genommen werden kann – gerade auch im ländlichen Raum, wo oft deutlich weniger örtliche Beratungs- und Hilfestrukturen vorhanden sind. In dörflichen Strukturen kann eine anonyme Beratungsform das Ansprechen von sensiblen und gesellschaftlich tabuisierten Themen erleichtern. Auch die zeitliche Unabhängigkeit stellt einen wichtigen Schutzaspekt dar, da bei bestehendem Leidensdruck zumindest über die Emailberatung jederzeit eine Möglichkeit besteht, Kontakt zur Onlineberatung aufzunehmen und Gedanken, Fragen und mögliche Unsicherheiten zu kommunizieren. Über ihre Suizidgedanken zu schreiben, kann den Adressat:innen dabei helfen, Druck abzubauen und ihre Gedanken zu strukturieren, wodurch Zeit gewonnen wird. Das Format der Chatberatung ermöglicht es, dass die Beratungssituation von den Adressat:innen jederzeit verlassen werden kann. Das Wissen um diese Möglichkeit kann entlastend wirken, es stärkt das Autonomieempfinden und fördert zugleich das Ansprechen auch starker Belastungen.

Neben solchen Chancen sind wir in der Onlineberatung auch immer wieder mit Grenzen und Herausforderungen konfrontiert. Eine grundlegende Erfahrung in der Onlineberatung: Vielen Adressat:innen ist bewusst, dass das Äußern von Suizidgedanken und v.a. akuter Suizidalität die Beratenden rechtlich zum Handeln zwingt. Jedoch kann in einer anonymen Chatberatung, in der die Beratenden keinerlei Hinweise zum Aufenthalt der Personen haben, nicht gehandelt werden. Aus Sicht von Adressat:innen kann dies eine Erleichterung bedeuten: Die Anonymität kann förderlich sein, ein tabuisiertes Thema wie etwa starke Suizidgedanken auszusprechen, v.a. wenn die Sorge vor einer Zwangseinweisung in die Psychiatrie besteht. Dieser Umstand kann auch erklären, weshalb das Thema Suizidalität in der Onlineberatung sehr präsent ist.

Zugleich bringt dies eine doppelte Hilflosigkeit für die Beratenden mit sich: einerseits die Hilflosigkeit, die das Thema Suizid an sich mit sich bringt, zum anderen die Unmöglichkeit einzugreifen, wenn wir eigentlich moralisch und rechtlich dazu verpflichtet wären. Die räumliche Distanz des Chatraums kann dabei für die beratende Person eine Erleichterung sein, sich vom Thema Suizid und von der jeweiligen Psychodynamik zu distanzieren, doch gleichzeitig wird die Wahrnehmung des Gegenübers stark limitiert. Die Stimmung, die Mimik, das Erscheinungsbild und mögliche Veränderungen sind gar nicht oder nur schwer zu erfassen. Auch kann es passieren, dass Adressat:innen nach einem Beratungsgespräch gar nicht mehr oder für lange nicht in die Beratung kommen. Die Ungewissheit darüber, wie es den Ratsuchenden geht, ob sich ihre Lebenssituation verbessert hat, sie irgendwo Hilfe bekommen konnten – oder ob sich ihre Lage womöglich verschlimmert hat, kann sehr belastend sein.

Bei starken Suizidgedanken erarbeiten wir mit den Adressat:innen einen Notfallplan. Wir vereinbaren einen weiteren Termin und versuchen eine Vereinbarung zu treffen, bis zum nächsten Beratungstermin keinen Suizid zu begehen und sich bei Verschlimmerung Hilfe zu holen. Außerdem verweisen wir auf weitere Fachberatungsstellen und auf Onlineberatungen, die auf das Thema Suizid spezialisiert sind wie etwa Youth-Life-Line. Dies sind – neben Intervision, Supervision, kollegialer Vernetzung, Fachgesprächen mit spezialisierten Beratungsstellen wie dem Arbeitskreis Leben und individuellen Strategien der Psychohygiene – kleine Ansätze, um selbst handlungsfähig zu bleiben und den betroffenen Personen Handlungsfähigkeit zu ermöglichen.

[1] *Lothar Böhnisch und Reinhard Winter: Männliche Sozialisation. Bewältigungsprobleme männlicher Geschlechtsidentität im Lebenslauf. Weinheim: Juventa, 1997, S. 127.*

[2] *Michael Meuser (2008): Ernste Spiele. Zur Konstruktion von Männlichkeit im Wettbewerb der Männer. Frankfurt a.M.: Campus, 2008, S. 174.*

[3] *Clemens Hausmann: Handbuch Notfallpsychologie und Traumabewältigung. Grundlagen, Interventionen, Versorgungsstandards. Wien: Facultas, 2003, S. 170.*

[4] *ebd. S. 167.*

› **Patrick Herzog ist Diplom-Sozialpädagoge und Jungen*arbeiter (LAGJ B-W), Saskia Reichenecker hat einen Master in Psychosozialer Beratung und ist Traumapädagogin (DeGPT), Valérie Sarholz hat einen Master in Psychologie und eine Ausbildung in Systemischer Beratung (SG).**

Sie arbeiten gemeinsam in den Angeboten und Projekten des Vereins zur Förderung von Jugendlichen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten in Stuttgart.

› **Kontakt**

antihelden@verein-jugendliche.de

www.antihelden.info | www.verein-jugendliche.de

Die Männerspezifik bei der Suizidalität im Alter – ein Versuch

Martin Dinges

Die hohe Suizidrate älterer Männer kann nicht einfach damit abgetan werden, dass sie eben alt seien. Will man ältere Menschen nicht einfach schon aufgrund ihres Lebensalters abschreiben, muss auch hier nach Gründen und Ursachen geforscht werden. Dabei fallen insbesondere die hohe Suizidrate ab dem 65. Lebensjahr sowie eine nochmalige Verdreifachung bei 85-jährigen und älteren Männern auf.

Es gibt einige allgemeine Erklärungen dafür, warum sich Männer – in praktisch allen gegenwärtigen und vergangenen Gesellschaften – etwa dreimal häufiger als Frauen umbrachten und umbringen. Psychologisch wird auf die höhere narzisstische Verletzbarkeit von Männern verwiesen, sozialpsychologisch auf Dispositionen, die mit ihrem Selbstbild zusammenhängen, das eher auf Autonomie und Härte, weniger auf das Annehmen von Hilfe setzt. Daneben werden auch kulturelle Zuschreibungen diskutiert, die eine Tendenz zum entschlosseneren, auch selbstschädigenden Verhalten und den leichteren Zugang zu Waffen und Substanzen betonen [1]. Insgesamt soll so auch das Genderparadox erklärt werden, dass über Frauen viel mehr Selbsttötungsversuche berichtet werden, aber deutlich weniger fatale Suizide. Bei Männern ist es umgekehrt. Ob und inwieweit die psychologischen und sozialpsychologischen Erklärungsansätze für das Suizidgeschehen im Alter ebenfalls aussagekräftig sind, ist noch unzureichend geklärt. Heute bevorzugt man multifaktorielle Modelle zur Erklärung der Alterssuizidalität [2]. Ein großer und seit Jahrzehnten steigender Anteil der Suizide wird im hohen Alter begangen. Die Anzahl der Suizide von Männern jenseits des 70. Lebensjahres steigt vom Dreifachen auf das Fünffache der Fälle von Frauen[3].

■ Männerspezifische Aspekte des Alterns

Für die Prävention praktisch relevant ist die Frage, ob es männerspezifische Aspekte des Alterns gibt, die Tendenzen zur Suizidalität besonders fördern. Dabei ist hier nicht an eine kontrastive Gegenüberstellung von Geschlechtsspezifika gedacht, sondern es sollen solche Anzeichen herausgearbeitet werden, die bei Männern häufiger auftauchen und deshalb besonders zu beachten wären.

Ich orientiere mich im Folgenden eng an den Aussagen der Broschüre „Wenn das Altwerden zur Last wird. Suizidprävention im Alter". Sie wurde von der „Arbeitsgruppe Alte Menschen im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland" herausgegeben und kann als aktueller, repräsentativer Konsens der beteiligten Experten gelten[4]. Geschlechterspezifika werden dort eher en passant erwähnt, nicht systematisch analysiert.

Generell gilt für die Entstehung von Suizidalität, dass Krankheiten und Kränkungen sowie Ohnmachtserfahrungen eine bedeutende Rolle spielen. Ohnmachtserfahrungen dürften für Männer schwerer erträglich sein, da sie dem männlichen Autonomiewunsch besonders entgegenstehen. Dieser ist durch die Vorstellung geprägt, man könne und müsse alles allein bewältigen. Hilfe anzunehmen, sei ein Zeichen von Schwäche.

■ Selbstwertgefühl, Wertlosigkeit und negative Zukunftserwartungen

Vielfältige psychische Erkrankungen wie die Depression, die jeder vierte über 65 Jahre erlebt, oder auch verminderte Konzentrationsfähigkeit bis hin zur Demenz sind wenig geschlechtsspezifisch. Das gilt auch für Schlaflosigkeit und Appetitlosigkeit. Demgegenüber dürften Emotionen, die in die Depression führen, wie das verminderte Selbstwertgefühl und ein Gefühl der Wertlosigkeit, Männer anders treffen als Frauen. Während der langen Lebensphase der Berufstätigkeit beruht männliches Selbstwertgefühl überwiegend auf den Leistungen bei der Arbeit sowie dem dadurch erwirtschafteten Einkommen [5]. Außerdem konzentrieren sich viele Männer vorrangig auf die Berufsidentität. Direkte Sorgeaufgaben in Partnerschaft und Familie werden demgegenüber immer noch oft als nachrangig betrachtet. Jedenfalls ist die früher im Lebenszyklus von Männern übernommene Verantwortung in der Familie nun auch weniger gefragt, was manche von ihnen schmerzt [6]. Fällt die Berufstätigkeit weg, geht ein Großteil des Lebensinhalts verloren und müsste im Ruhestand durch andere Aufgaben ersetzt werden.

Auch negative Zukunftserwartungen dürften sich bei Männern deshalb eher einstellen, weil sie den Wechsel in andere befriedigende Aufgabenfelder weniger gewohnt sind. Der Lebenslauf vieler Frauen ist gerade dadurch charakterisiert, zwischen Berufstätigkeiten und Sorgeaufgaben wechseln zu können und zu müssen. Demgegenüber dürften ängstliche Körperwahrnehmung und Schmerzen ohne organische Ursache Männer seltener belasten, weil ihre Aufmerksamkeit für die Signale des Körpers häufig weniger ausgeprägt ist.

■ Belastender Verlust von Autonomie

Körperliche Erkrankungen wie chronischer Schmerz, Atemnot, Lähmungen, Minderung oder Verlust der Sehschärfe, Minderung oder Verlust des Gehörs, Sturz und Sturzangst sind wenig geschlechtsspezifisch. Möglicherweise empfinden Männer aber Bewegungseinschränkungen auch im Alter noch stärker als belastend, weil Bewegung und sportliche Betätigung traditionell eher männlich konnotierte Praktiken sind und auch im Selbstbild eine größere Rolle spielen. Allerdings haben gerade die älteren Frauen hinsichtlich der Bewegung während der letzten Jahrzehnte aufgeholt. Der Verlust der Ausscheidungskontrolle (Inkontinenz) trifft beide Geschlechter. Bei Männern könnte der Zusammenhang mit der geringeren Kontrolle der Funktionen des Penis zusätzlich symbolisch als schmerzhaft empfunden werden [7]. Das dürfte auch gelten, wenn keine Erektionsimpotenz gegeben ist.

Der Verlust des Partners trifft Männer schon nach Scheidungen stärker. Im Alter gilt noch mehr, dass sie in der praktischen Lebensführung oft vor größeren Problemen als Frauen stehen. Hinzu kommt, dass der Partner nicht selten die einzige emotionale Stütze war[8].

Nach dem oben Gesagten müsste der allgemein befürchtete oder tatsächliche Verlust von Selbstständigkeit (Autonomie) Männer stärker treffen. Dabei dürfte besonders das Gefühl, abhängig und anderen ausgeliefert zu sein, schwer zu ertragen sein. Eine Balance von Autonomie- und Abhängigkeitsbedürfnissen ist für Männer im Alter wohl weniger leicht zu erlernen, da sie in Beruf und Alltag lebenslang auf Autonomie konditioniert wurden. Demgegenüber ist nun, insbesondere bei Krankheit und Behinderung, die Annahme von Hilfen gefordert. Man muss sich an das Mögliche anpassen und soll nicht mehr den Helden spielen.

■ Gefragt: Anpassungsbereitschaft und Annahme von Hilfen

Schwindende Erfahrung von Lebenssinn müssen Männer und Frauen gleichermaßen bewältigen, ob durch Nachdenken über sich und sein bzw. ihr Leben oder Entwicklung neuer Aktivitäten. Allerdings dürfte die Anpassungsbereitschaft, insbesondere an eigene Einschränkungen wie Behinderung oder Krankheit, aber auch an veränderte soziale Gegebenheiten, etwa in Betreuungseinrichtungen, Männern schwerer fallen [9].

Die Reflexion über den Lebenssinn mag eine Chance sein, trügerische Lebensziele aufzugeben und damit Kräfte für selbstständige Lebensgestaltung freizumachen. Vielleicht fällt es Männern aber schwerer loszulassen, da sie, zumindest im Berufsleben, oft enger

in soziale Erwartungen eingebunden waren. Auch der Abschied vom bisherigen Status könnte für Männer eine schwierigere Aufgabe sein, da sie stärker materiell orientiert sein sollen.

Der hier dargestellte genauere Blick auf die Besonderheiten der männlichen Suizidalität im Alter dürfte ein erster Schritt zu einer erfolgreicheren Prävention sein. Eine entsprechende Sensibilisierung der Fachkräfte sowie der Hausärzte könnte dazu beitragen, die geschlechterspezifischen Suizidgefährdungen von Männern besser zu erkennen. Sie werden ebenso wie die Depression von Männern noch zu oft übersehen. Außerdem dürften wegen der stärkeren Rückzugstendenzen und des sehr vorsichtigen Hilfesuchverhaltens von Männern niederschwellige Internetangebote hilfreich sein.

---

[1] *Norbert Erlemeier: Suizidalität und Suizidprävention im Alter. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, 2002, bes. S. 74 - 80u. S. 84 - 87. Der bereits 2002 referierte Befund von Wolfersdorf aus dem Jahr 1999, „dass unser derzeitiger Wissensstand bzgl. der geschlechtsspezifischen Suizidalität äußerst dürftig ist", trifft nicht mehr ganz zu. „Das [dürftiger Wissensstand] gilt im besonderen Maße für die Suizidalität im Alter", fügte Erlemeier 2002 hinzu (S. 80).*

[2] *Reinhard Lindner, Daniela Hery u.a. (Hg.): Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen. Eine Publikation der Arbeitsgruppe „Alte Menschen" im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland. Berlin, Heidelberg: Springer, 2014, S. 51 f.*

[3] *Robert Koch-Institut (Hg): Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland. Berlin 2014, 59.*

[4] *6. Auflage 2019, abrufbar unter www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/wenn-das-altwerden-zur-last-wird-96012 (letzter Abruf 15.10.2021). Ich lehne mich auch in den Formulierungen eng an diesen Text an, ohne das jeweils durch Anführungszeichen zu kennzeichnen.*

[5] *Wegen dieses Zusammenhangs kommen die meisten Männer auch mit Arbeitslosigkeit weniger leicht zurecht als Frauen.*

[6] *Sind solche langjährigen Familienbeziehungen sehr konflikthaft, können sie suizidales Erleben auslösen – Lindner u.a., Suizidgefährdung, S. 31.*

[7] *Lindner u.a., Suizidgefährdung, S. 60 f.*

[8] *Alte, allein lebende Männer mit wenigen sozialen Kontakten und Ressourcen gelten als Risikogruppe – Lindner u.a., Suizidgefährdung, S. 92.*

[9] *Empirischer Beleg bei Lindner u.a., Suizidgefährdung, S. 25.*

› **Prof. Dr. Martin Dinges ist Medizinhistoriker,**
war Archivar und stellvertretender Leiter des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung in Stuttgart und lehrte an der Universität Mannheim. Seine Forschungsschwerpunkte sind die Gesundheits- und Geschlechtergeschichte der Neuzeit sowie die Männer- und Männlichkeitenforschung. Dazu engagiert er sich auch in zivilgesellschaftlichen Zusammenhängen wie dem von ihm gegründeten Arbeitskreis für interdisziplinäre Männer- und Geschlechterforschung (AIM Gender) oder dem wissenschaftlichen Beirat der Stiftung Männergesundheit.

› **Literatur**

Pierre Pfütsch, Martin Dinges (Hg.): Männlichkeiten in der Frühmoderne. Körper, Gesundheit und Krankheit (1500 - 1850). Stuttgart: Franz Steiner Verlag, 2020.
Martin Dinges (Hg.): Männlichkeiten und Care. Selbstsorge, Familiensorge, Gesellschaftssorge. Weinheim: Beltz, 2020.

› **Kontakt**

martin.dinges@outlook.de
https://martindinges.de

Beratung und Begleitung von Männern durch den Arbeitskreis Leben Reutlingen / Tübingen

Nina-Mareen Schweigert

Der Arbeitskreis Leben (AKL) Reutlingen / Tübingen bietet suizidgefährdeten Menschen und Menschen in Lebenskrisen seit 1976 Hilfe und Unterstützung an. Auch deren Angehörige oder Trauernde, die einen Nahestehenden durch Selbsttötung verloren haben, finden hier Unterstützung. Der Verein unterhält je eine Krisenberatungsstelle in Reutlingen und Tübingen sowie die Online-Jugendberatung Youth-Life-Life. Bei der Online-Jugendberatung können sich junge Menschen über das Internet anonym im geschützten Beratungssystem anmelden und eine Nachricht schreiben. Ihnen antwortet dann eine etwa gleichaltrige Peer-Berater*in. Die Begleitung findet in schriftlicher Form statt. Dies ist für viele junge Menschen ein Zugangsweg mit geringeren Schwellen, als sich direkt persönlich irgendwo zu melden.

■ Arbeit und Angebote der AKL-Krisenberatungsstellen

„Menschen in Krisen brauchen ein Gegenüber" – dies gilt insbesondere auch für suizidgefährdete Menschen. Gerade sie ziehen sich in der suizidalen Dynamik mehr und mehr aus ihren Beziehungen zurück, meist aus Angst oder Scham. Das AKL-Angebot ist deshalb in erster Linie ein Beziehungsangebot: Der Aufbau einer vertrauensvollen und tragfähigen Beziehung steht im Vordergrund. Die Angebote der Beratungsstellen sind entsprechend leicht zugänglich und zeitnah verfügbar. Während der Wochentage sind hauptamtlich Mitarbeitende telefonisch zu Sprechzeiten erreichbar. Betroffene, Angehörige und andere Personen, die Unterstützung, Informationen oder Hilfestellung benötigen, können sich hier melden. Dazu kommen schriftliche Anfragen per Mail.

Ein Telefonat kann als erste Entlastung dienen oder dazu, ein persönliches Gespräch bei einer Krisenbegleiter*in zu vereinbaren. Außerdem können dort Informationen über mögliche Hilfsangebote oder Weitervermittlungen gegeben werden. Das Konzept des AKL sieht vor, vor allem die Versorgungslücke zu schließen, die im psychosozialen Netz für suizidgefährdete Menschen sowie Personen in akuten Lebenskrisen bzw. Menschen in deren Umfeld immer noch besteht. Hier bieten unsere Beratungsstellen sehr zeitnahe Gesprächsmöglichkeiten und weitere Angebote an. Durch unsere Vernetzung, Kooperationen und vielfältige Präventions- und Öffentlichkeitsarbeit konzipieren wir unser Angebot möglichst niedrigschwellig. Wichtige Leitlinien sind außerdem Anonymität, zeitnahe

Gesprächstermine und eine Begleitung auf Augenhöhe durch ehrenamtlich engagierte Krisenbegleiter*innen.

Trotz dieser Rahmenbedingungen erfordert es häufig einiges an Mut, den ersten Schritt in die Beratungsstelle des AKL zu tun. Die meisten Menschen finden den Weg zum AKL über die Ermutigung von aufmerksamen Anderen wie Angehörigen, Freund*innen, Nachbar*innen, Arbeitskolleg*innen oder Mitarbeitenden in öffentlichen Einrichtungen. Gerade in Krisen und konfrontiert mit den damit häufig verbundenen Gefühlen der Unsicherheit, Überforderung, Hoffnungslosigkeit, Müdigkeit und Angst, ist es für Betroffene wichtig und hilfreich, unterstützende Menschen an ihrer Seite zu haben. Diese Erfahrung kennen viele: Wenn ich selbst in Traurigkeit und Verzweiflung festsitze, schaffe ich es oft nicht (mehr) selbst, Hilfe zu suchen. Dies übernehmen dann häufig Menschen aus dem Umfeld. Sie informieren sich darüber, wo es Hilfe gibt, und ermutigen Betroffene, den ersten Anruf beim AKL oder den ersten Schritt zum AKL zu tun.

Bei unseren Veranstaltungen und Aktionen in der Öffentlichkeit geht es genau um diese Vorbereitung der Hilfe. Dies geschieht durch Information über unsere Angebote, Sensibilisierung für Warnsignale von Krisen und Suizidalität, Aufzeigen von Wegen zu Hilfsmöglichkeiten, Mut machen, Suizidalität anzusprechen und vor allem Enttabuisierung – über Selbsttötung zu sprechen kann Leben retten. Dabei wollen wir so viele Menschen wie möglich erreichen, damit die Hilfe dann, wenn sie gebraucht wird, auch zeitnah in Anspruch genommen werden kann. Trotz 45 Jahren AKL-Arbeit in Reutlingen und Tübingen ist es nicht selbstverständlich, dass die Menschen unser Angebot kennen. Die Erfahrung zeigt, dass viele in „guten" Zeiten gerne ausblenden, dass auch Krisen zum Leben gehören. Daher ist es seit jeher für unsere Arbeit im AKL wichtig, nicht zu warten, bis Hilfesuchende und Angehörige bei uns in den Beratungsstellen anklopfen – vielmehr erfordert das noch immer tabubesetzte Thema Suizidalität, dass wir den Kontakt zu den Menschen in Stadt und Landkreis suchen und diese direkt ansprechen.

■ Männer in den Blick nehmen: Bierdeckelaktion zum Welttag der Suizidprävention

In einer Bierdeckelaktion zum Welttag der Suizidprävention am 10. September 2020 hat der AKL versucht, auf eine besonders durch Suizidalität gefährdete Personengruppe aufmerksam zu machen: die Männer. 75 Prozent aller Menschen, die sich jedes Jahr in Deutschland das Leben nehmen, sind Männer – gleichzeitig fällt es nach wie vor besonders Männern oft schwer, sich bei persönlichen oder beruflichen Schwierigkeiten und Krisen Hilfe zu holen. Stattdessen versuchen viele von ihnen, das, was sie beschäftigt,

mit sich selbst auszumachen – oft überzeugt davon, sie müssten stets entschlossen handeln und für jedes Problem eine Lösung parat haben. Umgekehrt müssen auch Hilfs- und Beratungsangebote sich zugänglicher für Männer machen und zeigen.

Vor diesem Hintergrund haben wir die Reutlinger und Tübinger Bürger*innen deshalb dort angesprochen, wo dieses Thema zunächst nicht leicht sichtbar und öffentlich wird: in Cafés, Kneipen, Restaurants. Bewusst sind wir an Orte gegangen, wo Menschen in entspannter Atmosphäre zusammen sein möchten, um einen möglichst großen Personenkreis auf unkomplizierte, nicht stigmatisierende Weise mit unserem Thema und Hilfsangebot zu erreichen – und auf den Zusammenhang von Mannsein und Suizidalität hinzuweisen.

■ Weiterentwicklung der männerbezogenen Beratungsarbeit

Auch in unserem Kooperationsprojekt mit dem komm b-w haben wir verschiedene Veranstaltungen genutzt, um die Beratungsarbeit mit suizidgefährdeten Männern bzw. Männern in Lebenskrisen näher zu beleuchten sowie Ideen dazu auszutauschen und weiterzuentwickeln. Im Rahmen des Projekts gab es an fünf Abenden für die Supervisionsgruppen der ehrenamtlichen Krisenbegleiter*innen Fortbildungsmöglichkeiten mit Gunter Neubauer vom SOWIT zu folgenden Themen: „Männer und Suizidalität“, „Männlichkeit in der Begleitung von Menschen in suizidalen Lebenskrisen“ sowie „Männersensible Beratung und Prävention in suizidalen Lebenskrisen“. Außerdem fand ein Fokusgruppengespräch mit den hauptamtlich Mitarbeitenden statt. Bei einem öffentlichen Vortrag in Zusammenarbeit mit der vhs Tübingen erläuterte der Männertherapeut und Autor Björn Süfke viele wichtige Aspekte der Suizidalität und Suizidprävention bei Männern, die sowohl in der Präsenzveranstaltung als auch im parallelen Online-Streamingangebot vom Publikum

interessiert aufgenommen wurden. Die Gesprächsrunde im Anschluss brachte erneut zentrale Fragen auf, die auch in den anderen Projektveranstaltungen im AKL bewegt wurden.

Besonders eine Frage begleitete durchgängig das Projekt: Wie erreichen wir männliche Klienten? Bzw. wie erreichen wir sie besser? Und weiterführend: Wie kann befördert werden, dass Männer, die Hilfe brauchen, den Weg in die Beratungsstelle nehmen? Auch in unserer Beratungsstelle zeigt die binäre Statistik der Ratsuchenden, dass 70 Prozent Frauen und nur 30 Prozent Männer das Angebot des AKL nutzen. Selbst in der Online-Jugendberatung, die noch niedrigschwelliger und anonym erreichbar ist, zeigt sich eine deutliche Minderheit der männlichen Ratsuchenden: 43 Prozent weiblich, 43 Prozent ohne Angabe, 12 Prozent männlich, 2 Prozent divers (Zahlen aus dem AKL-Jahresbericht 2020).

Durch die projektbezogenen Veranstaltungen wurde diese Thematik nochmals neu in den Fokus gerückt, die Beschäftigung mit dem Thema fiel bei uns auf fruchtbaren Boden. Wir sprachen über die Erfahrungen mit männlichen Klienten in der Krisenbegleitung, über die Frage, wie eine Beratungsstelle nach außen agieren könnte, um mehr Männer zu animieren, sie aufzusuchen. Wir diskutierten aber auch Möglichkeiten einer aufsuchenden männerbezogenen Präventionsarbeit, daneben auch Fragen zur Gestaltung der Beratungsräume und des Gesprächs, damit männliche Klienten sich bei uns wohlfühlen und öffnen können. Dabei ging es auch um mögliche Geschlechterdynamiken und -konstellationen in der Beratung. Manche Männer bevorzugen ein weibliches Gegenüber, manche ein männliche, anderen ist es egal. Was wünschen sich Männer im Beratungsprozess, wie kann die Kommunikation der Beratenden so gestaltet werden, dass Männer etwas über sich und ihre Gefühle mitteilen können? In den Fortbildungsabenden mit den ehrenamtlichen Krisenbegleiter*innen wurden dazu einige Stichworte festgehalten:

■ Männer beraten und begleiten – Haltung und Methode

- Geschlechteraspekte als Informationsquelle und Ressource nutzen: Mannsein und Männlichkeit ansprechen, z.B. als biografische Erfahrungen oder im Blick auf die Berufsbiografie, im Zusammenhang mit „Männerthemen“ wie Autonomie, Status, Leistung, Abgrenzung von Weiblichkeit usw.
- Schutzbedürfnisse identifizieren und respektieren: z.B. bei den Sitzgelegenheiten (Möglichkeiten, die Füße unter einen Tisch zu stellen oder hinter einem Tisch zu sitzen), in der Beratung neben „face-to-face“ (gegenüber) auch offen sein in Richtung „side-by-side“ (nebeneinander)

- Distanzierungsmöglichkeiten schaffen: z.B. mit der Methode „Hinter den eigenen Stuhl treten“, Flipchartaufschrieb oder Videofeedback (d.h. sich selbst als „Fall“ sehen und besprechen können)
- Beratungsansatz erweitern: beim Spazierengehen reden, auch mal schweigen, Medien wie (Männer-) Bilderkartei oder Emotionskarten einsetzen
- handlungsorientierte Aufgaben miteinander erarbeiten: nicht nur verstehen, sondern auch etwas tun – kleine erfolgversprechende Aktivitäten in Richtung positiver / lebenswerter Visionen und Fantasien für die Zukunft

Insgesamt fand in unseren Teams eine erneute Sensibilisierung für die Personengruppe „Männer“ als Klienten statt. Eine weitere Erfahrung war aber auch, dass uns im AKL das Sprechen „über die Männer“ eher schwer fiel, dass es sich unangenehm anfühlte, weil es „von außen“ angeregt wurde und weil es mit vielen Zuschreibungen und Klischees verbunden ist, wenn „man“ pauschal über DIE Männer als Gesamtgruppe kommuniziert. Wir vermuteten, dass wir als Beratende gewohnt sind, uns mit eher wertneutralen Begriffen auszudrücken, die besonders im Bereich der Suizidalität Menschen individuell anspricht und mit einschließt. So verstehen wir es u.a. auch als unseren Auftrag, über eine achtsame Wortwahl beim Sprechen über die Selbsttötung zu informieren. Mit dem Wissen über die mitschwingenden Bedeutungen der verschiedenen Begrifflichkeiten verwenden wir in der Regel die Begriffe Selbsttötung oder Suizid. Hiermit wird die Handlung benannt, sich selbst zu töten oder das Leben zu nehmen. Dies sind neutralere Begriffe, gerade auch im Hinblick auf Betroffene und Angehörige.

Die Beschäftigung mit „den Männern“ als Klientengruppe ist dagegen geprägt von gesellschaftlichen wie individuellen Aspekten und Dimensionen. Im AKL gehen wir mit dieser Thematik so um, dass wir versuchen, die Zugangswege zu unseren Hilfsangeboten so niedrigschwellig wie möglich zu gestalten. So haben wir uns z.B. bei der Neugestaltung unserer Informationsflyer bewusst für einen Mann auf dem Titelbild entschieden, um eben diese direkt als Klienten anzusprechen. Wir versuchen, anfragenden männlichen Klienten, wenn möglich und gewünscht, eine männliche Beratungsperson zu vermitteln. Und wir setzen in der Suizidprävention an Schulen ab Klassenstufe 9 eine möglichst frühzeitige, geschlechterübergreifende und breite Sensibilisierung für das Thema „Krisen und Suizid“ um. Wir informieren Schüler*innen über Fakten und Zahlen zur Selbsttötung und klären über falsche Annahmen auf. Wir sammeln gemeinsam mit den Jugendlichen Ideen dazu, wodurch Krisen ausgelöst werden, woran erkennbar wird, dass sich eine Freundin, ein Freund oder jemand im Umfeld in einer Krise befindet und welche Möglichkeiten an Unterstützung angeboten werden können.

Die Teilnahme am Projekt zur männerbezogenen Suizidprävention hat uns darüber hinaus erneut gezeigt, dass die öffentliche Aufmerksamkeit für das Thema Suizid und Suizidalität, insbesondere bei männlichen Personen, noch viel Entwicklungsbedarf hat. Die Zahlen, Fakten und Hintergründe dazu sollten immer wieder benannt und in den Fokus gerückt werden, damit das Thema aus der Tabuzone kommt und Hilfe für Betroffene zugänglich und möglich wird.

› **Nina-Mareen Schweigert ist Diplompädagogin, Systemische Einzel-, Paar- und Familientherapeutin (DGSF)**
und arbeitet bei der AKL-Krisenberatung Tübingen.

› **Kontakt**
nina.schweigert@ak-leben.de
www.akl-krisenberatung.de
www.youth-life-line.de

Lebenskrisen bewältigen: Männerspezifische Ansätze bei der Landeshauptstadt Stuttgart und Beratungsangebote im Netzwerk Männerberatung Stuttgart

Olcay Miyanyedi

In Baden-Württemberg sterben bekanntlich mehr Männer durch Suizid als durch Verkehrsunfälle, Drogenmissbrauch, Aids und Morde zusammen. Außerdem begehen dreimal so viele Männer Suizid als Frauen. Der Männergesundheitsbericht Baden-Württemberg 2015 empfiehlt deshalb an zentraler Stelle, das Thema Suizidprävention voranzubringen. Dieser Empfehlung kommt die Stadt Stuttgart nach. Aber auch der allgemeinen Förderung der Männergesundheit wird noch zu wenig Aufmerksamkeit gewidmet. Die Landeshauptstadt will auch dieses Thema weitertreiben und ihm mehr Sichtbarkeit geben.

Ein geschlechtsspezifischer Ansatz im Rahmen von Gesundheitsplanung, Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention ist in der Landeshauptstadt Stuttgart seit vielen Jahren Standard. Grundlage hierfür ist die Mitgliedschaft im Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik bereits seit 1998 sowie ein deutlicher Bezug auf die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der WHO und deren Folgeerklärungen. Diese geben die inhaltliche Richtung des kommunalen Handelns vor und sind heute aktueller denn je. Auf Basis eigener Analysen und Surveys im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung werden von dort aus jeweils spezielle gesundheitliche Bedarfe beschrieben, die verschiedentlich in die laufenden Planungen mit einfließen. Die Health-in-All-Policies-Strategie ist dabei maßgeblich. Außerdem gibt es in Stuttgart eine ausgeprägte Vernetzungs- und Beteiligungsstruktur, z.B. über die kommunale Gesundheitskonferenz.

In Stuttgart gewannen geschlechtsspezifische Ansätze der Jungen- und Männerarbeit zu Beginn der 2000er-Jahre an Bedeutung und wurden entsprechend auch kommunal gefördert. Eine erste Männergesundheitstagung 2003 war ein Novum in der Landschaft der Gesundheitsförderung in Stuttgart. Letztendlich hat es bis 2018 gedauert, um mit neuem Schwung in den Diskurs und die Förderung der Jungen- und Männergesundheit zu gehen. Ausschlaggebend war die erneute Durchführung einer kommunalen Männergesundheitskonferenz, die Einrichtung einer Personalstelle in der Abteilung Individuelle Chancengleichheit für Frauen und Männer und die Belebung der dazugehörigen Vernetzungsstrukturen etwa im Netzwerk Männer*beratung Stuttgart. Auf dieser Basis können nun neue Themen und Projekte in Angriff genommen werden – so auch die Beteiligung im Projekt männerbezogene Suizidprävention oder Aktivitäten im Bereich der Männergesundheitsförderung.

■ Aufträge aus der Stuttgarter Männergesundheitskonferenz 2018

Im Jahr 2018 veranstaltete die Abteilung für individuelle Chancengleichheit von Frauen und Männern eine Internationale Fachtagung zum Thema Männergesundheit in Stuttgart. Als ein Ergebnis aus den Vorträgen und Workshops wurde festgehalten, dass das Thema Suizid bei Jungen und Männern in Zukunft ein zentrales Thema sein muss. Nach den vorliegenden Statistiken haben in den letzten Jahren knapp 100 Männer jährlich in Stuttgart Suizid begangen. Von einer Dunkelziffer ist dabei auszugehen. Hinzu kommen Suizidversuche, die nicht vollendet werden, aber jedenfalls auf eine extreme Notlage dieser Personen hinweisen. Nach Schätzungen kann von einem 10- bis 15-fachen Anteil an Suizidversuchen ausgegangen werden, was für Stuttgart 1.000 bis 1.500 Fälle jährlich bedeuten würde.

Aus den Ergebnissen der Konferenz in 2018 konnten unterschiedliche Handlungsempfehlungen abgeleitet werden, die die weitere Vorgehensweise bestimmen und mehrheitlich auch das Feld der Suizidprävention berühren. Erforderliche Maßnahmen in Stuttgart waren demnach eine bessere, passgenaue Öffentlichkeitsarbeit für die bestehenden Männerberatungsangebote, deren stärkere fachliche Vernetzung sowie spezialisierte, barrierefreie Beratungsangebote in Zusammenarbeit mit Ärzt*innen und Therapiepraxen. Besonders wichtige Angebotselemente für ältere Männer sind die rechtzeitige Vorbereitung auf den Ruhestand sowie niederschwellige, stadtteilorientierte Bewegungsangebote. Letztere verringern erwiesenermaßen das Einsamkeits- und Depressionsrisiko.

Insgesamt zeigte sich ein hoher Daten- und Forschungsbedarf, um die vielfältigen Bedarfe ermitteln und zielgenauer auf spezielle Bedürfnisse von Männern eingehen zu können. Denn auch dies war ein wesentliches Ergebnis der Konferenz: Neben der geschlechtsspezifischen Perspektive definieren sich Männer durch viele weitere Identitätsmerkmale, entsprechend muss hier stärker differenziert werden. Ihre spezifischen Lebens- und Gesundheitsbedingungen hängen unter anderem ab von Zugehörigkeiten wie Lebensalter, sexueller Orientierung und Geschlechtsidentität, Migrationshintergrund und Persons of Color. Auch zu bestimmten Berufsgruppen wie z.B. den sogenannten Blaulichtberufen gehören eigene Belastungen und Herausforderungen.

Als Folge der Konferenz wurde 2019 in der Abteilung für Chancengleichheit und Diversity eine Stelle mit dem Schwerpunkt MÄNNER eingerichtet. Das Thema gleichstellungsorientierte Männerpolitik wird hier mit einem Fokus auf „Männergesundheit“ bearbeitet. Dabei wird insbesondere auf den Aufbau und die Stärkung von Vernetzungsstrukturen gesetzt.

Dem Thema „Barrierefreiheit“ dient ein Vernetzungsprojekt mit der Landesärztekammer Baden-Württemberg und dem kommunalen Behindertenbeauftragten. Anliegen zum Thema „Ältere Männer“ werden in den Arbeitskreis „Gesund älter werden“ der Gesundheitskonferenz eingebracht und an die Abteilung Sozialplanung, Sozialberichterstattung und Förderung des Sozialamts weitergeleitet. Das Thema „Übergang in den Ruhestand“ mit einer Männerperspektive wurde in das betriebliche Gesundheitsmanagement eingegliedert. Der Themenbereich „Vielfalt“ wird in der Abteilung für Chancengleichheit und Diversity im Arbeitsschwerpunkt LSBTTIQ wiederum selbst bearbeitet.

■ Männerbezogene Suizidprävention – kommunale Aktivitäten in Stuttgart

Anlässlich des Welttags für seelische Gesundheit am 10. Oktober 2019 veranstaltete das Sozialamt der Landeshauptstadt Stuttgart zusammen mit dem Gemeindepsychiatrischen Verbund Stuttgart einen Abend mit Inputs und Diskussionen zum Thema „Suizidprävention – seelische Gesundheit und psychosoziale Versorgung in der Landeshauptstadt Stuttgart“. Dabei ging es auch um die Frage, welche Einrichtungen und Dienste es in Stuttgart bereits gibt und wie diese Angebote weiterentwickelt werden können. Der männerbezogene Beratungs-Gap wurde in diesem Zusammenhang allerdings nicht eigens thematisiert.

Dies war mit der Anlass für einen ersten Überblick dazu, wie männerbezogen bzw. männerspezifisch die Stuttgarter Angebote im Bereich Suizidprävention sind. Dabei fiel auf, dass (etwa bei Internetpräsenzen) zwar noch ab und zu benannt wird, dass Männer häufiger Suizid begehen als Frauen oder dass „männliches Geschlecht“ als Risikofaktor benannt wird. Spezifische suizidorientierte Beratungsangebote für Männer oder eine gezielte Ansprache konnten jedoch nicht identifiziert werden – trotz ihres deutlich erhöhten Bedarfs werden Männer im Feld der Suizidprävention (noch) nicht erkennbar adressiert.

Damit wurde nochmals deutlich, dass – auch als Auftrag der Männergesundheitskonferenz – das Thema „Männerbezogene Suizidprävention“ ein zentrales Thema für die nächsten Jahre werden muss. Gelegenheit dazu bot die Beteiligung im gleichnamigen Projekt des Kompetenzzentrums Jungen- und Männergesundheit Baden-Württemberg (komm b-w), die zusammen mit dem Netzwerk Männer*beratung Stuttgart und der Abteilung Gesundheitsplanung im Gesundheitsamt Stuttgart vereinbart wurde.

■ Netzwerk Männer*beratung Stuttgart

*Unter Männer*beratung verstehen wir unterschiedliche Beratungsangebote, die eines gemeinsam haben: Sie nehmen neben den Frauen* auch Männer* gleichberechtigt in ihren Blick.*

*Das Netzwerk Männer*beratung Stuttgart ist ein Zusammenschluss von unterschiedlichen Trägern und Einrichtungen aus Stuttgart, die sich bewusst, fachlich, spezifisch und proaktiv mit dem Thema Männer*beratung befassen. Dazu zählen sowohl freie Träger als auch kommunale Einrichtungen und Ämter.*

Themenbereiche sind z.B. psychische und physische Gesundheit, Rollenverständnis, Erziehung, Vaterschaft, Beruf und Karriere, Macht und Machtstrukturen, Paarbeziehungen, Sexualität, Gewalt und Lebensbalance.

Das Netzwerk Männer*beratung Stuttgart wurde 1999 als Zusammenschluss von Beratungsstellen gegründet, die in Stuttgart tätig sind, sich explizit mit männerspezifischen Themen auseinandersetzen und ein als Männerberatung spezialisiertes Angebot vorhalten. Die Koordination und Geschäftsführung liegt seit 2019 bei der Abteilung für Chancengleichheit und Diversity. Das Thema Suizidprävention und Krisenberatung wurde zunächst in mehreren Sitzungen des Netzwerks aufgegriffen und in Form von Fokusgesprächen mit Gunter Neubauer vom SOWIT bearbeitet. In einem der Workshops wurde etwa diesen Fragen nachgegangen, die im Netzwerk weitergeführt und bearbeitet sowie für andere Akteure in der Beratungslandschaft transformiert werden sollen:

- Was muss man über einen männlichen Umgang mit Krise / Depression / Suizidalität wissen?
- Mit welchen Zugängen und Methoden machen wir gute Erfahrungen in der Männerkrisenberatung?
- 7 Tipps für Anfänger*innen in der Männerberatung?
- Was würde uns helfen, die Arbeit in der Männerkrisenberatung zu verbessern?

Mit Unterstützung des komm b-w sowie des Netzwerks Männer*beratung Stuttgart wurde im Rahmen des Projekts auch ein Fachtag zum Thema „Suizidprävention und Krisenberatung bei Jungen und Männern“ organisiert, der am 26. Oktober 2021 im Hospitalhof in Stuttgart stattfand. Eines der Ziele für den Tag war eine gute regionale Vernetzung der Fachkräfte aus Stuttgart und Umgebung. Beteiligt waren entsprechend Vertreter*innen verschiedener Ämter der Landeshauptstadt (Gesundheitsamt, Jugendamt, Sozialamt), Vertreter*innen freier Träger, verschiedene Vereine und Beratungsstellen.

Neben zwei Vorträgen als fachlichem Input konnten die Teilnehmenden sich in themen- und vielfaltsorientierten Workshops austauschen, welche Suizidrisiko und Suizidprävention in bestimmten Kontexten thematisierten: Jungen und junge Männer, Ältere und alte Männer, Geschlechtliche Vielfalt und sexuelle Orientierung, Migration und Flucht, Sucht, Blaulichtberufe. Abgerundet wurde der Tag mit einer Projektpräsentation des Frankfurter Netzwerks für Suizidprävention (FRANS) und in einer Podiumsdiskussion mit Vertreter*innen des Gesundheitsamts, des komm b-w, der Klinik für Spezielle Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie des Klinikums Stuttgart sowie der Abteilung Chancengleichheit und Diversity. Mit den Ergebnissen des Fachtags wurden dort einige konkrete Entwicklungsperspektiven benannt und adressiert.

■ Ergebnisse des Fachtags „Männerbezogene Suizidprävention“ 2021: Was ist in Stuttgart zu tun?

1. Suizidbezogene Präventions- und Versorgungssituation in Stuttgart analysieren

Die vorhandenen (männerbezogenen) Präventions- und Versorgungsangebote im Suizidkontext in Stuttgart sind bislang nicht systematisch erfasst. Als nächster Schritt sollten deshalb die entsprechenden Angebote der Prävention, Beratung und medizinischen Versorgung erfasst und systematisiert werden, um Lücken in geschlechterspezifischer und intersektionaler Perspektive genauer beschreiben zu können. Um das vorhandene Wissen zu erarbeiten und zu teilen, könnte zu jedem Bereich eine temporäre Arbeitsgruppe gegründet und beauftragt werden.

2. Differenzierte Perspektive: spezifische Bedarfe männerbezogener Suizidprävention beachten

Männerbezogene Suizidprävention wird erfolgreicher, indem sie intersektionale und individuelle Perspektiven einbezieht. Aus den Impulsen des Fachtags heraus wäre ein spezieller Fokus auf Bedarfe von Männern in Blaulichtberufen, im Kontext geschlechtliche Vielfalt und sexuelle Orientierung sowie Migrationshintergrund und Persons of Color naheliegend. Daraus erwächst die Aufgabe, Lücken in der Prävention und Versorgung, in Zugang und Erreichbarkeit zu identifizieren und entsprechende Maßnahmen abzuleiten.

3. Einrichtung eines kommunalen Netzwerks zur Suizidprävention

Zu prüfen wären die Erfolgsaussichten eines kommunalen Netzwerks zur Suizidprävention, das deutlich macht, dass Suizidprävention auch eine kommunale Aufgabe ist. Dabei wären gerade auch männerbezogene Bedarfe zu akzentuieren. Ein Vorbild könnte hier die Arbeit des Frankfurter Netzwerks für Suizidprävention (FRANS)[1] sein. Aufgaben und

Organisationsformen dieses Netzwerks müssten dabei an Stuttgarter Bedingungen angepasst werden. Als zentral erscheint die Öffentlichkeitsarbeit zum Thema, um Hilfs- und Beratungsangebote, aber auch Hilfs- und Beratungsbedarfe bekannter zu machen. Dazu gehört auch eine starke Vernetzung innerhalb der Verwaltungsstrukturen und mit allen relevanten Institutionen und Beratungsstellen.

Ein Schritt in diese Vernetzung ist der „Wegweiser Hilfe in suizidalen Krisen“[2] für suizidgefährdete Menschen und ihre Bezugspersonen, den die Stadt Stuttgart im Februar 2021 herausgegeben hat. Dort werden Einrichtungen aufgelistet, die Hilfen zur Überwindung suizidaler Krisen anbieten. Zu den Einrichtungen zählen unter anderem das Klinikum Stuttgart, psychiatrische Institutsambulanzen, der Caritasverband für Stuttgart, die Psychologischen Beratungsstellen der Evangelischen Kirche, die Beratungszentren der Stadt Stuttgart oder der Arbeitskreis Leben Stuttgart. Außerdem werden Angebote für Erwachsene und Angebote speziell für Jugendliche und ihre Eltern nach Stadtbezirken gegliedert aufgelistet. Dazu kommen einige Internetangebote sowie Notruf-Telefonnummern, die im Akutfall jederzeit erreichbar sind.

Nicht nur in diesem Rahmen wird sich die Abteilung für Chancengleichheit und Diversity – zusammen mit dem Netzwerk Männer*beratung und der Abteilung Gesundheitsplanung im Gesundheitsamt Stuttgart – weiter dafür einsetzen, den männerbezogenen Beratungs-Gap zu verringern, Männer und ihre Bezugspersonen gezielt zu adressieren sowie Angebote einer männerbezogenen Suizidprävention auszubauen. Auch das Netzwerk Männer*beratung wird Suizidalität und Suizidprävention in seinem Portfolio behalten und weiter fokussieren.

[1] *https://frans-hilft.de/*

[2] *www.stuttgart.de/medien/ibs/WEB_Hilfe-in-Suizidalen-Krisen_Feb_2021.pdf*

› **Olcay Miyanyedi studierte Religionswissenschaften und Erziehungswissenschaften** *und ist Mitarbeiter der Abteilung für Chancengleichheit und Diversity der Landeshauptstadt Stuttgart im Handlungsfeld „Männer“. Zu seinen Aufgaben gehört die Koordination des Netzwerks Männer*beratung Stuttgart.*

› **Kontakt**
olcay.miyanyedi@stuttgart.de
www.stuttgart.de/buergerinnen-und-buerger/chancengleichheit-und-diversity/maenner.php
www.maennerberatung-stuttgart.de

Suizid im Jugendalter – (K)ein Thema für die Jungenarbeit?!

Michael Schirmer

Suizid, Suizidversuche und parasuizidale Handlungen sind keine Probleme von Rand- oder Risikogruppen, sie sind verbreitet und fast alltäglich: Jedes Jahr nehmen sich laut Weltgesundheitsorganisation fast 800.000 Menschen das Leben. Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen handelt es sich dabei sogar um die zweithäufigste Todesursache. Nach Angaben des Statistischen Bundesamts haben sich 2020 in Deutschland 9.206 Menschen selbst getötet, rund 75 Prozent waren Männer*. Bereits unter den 10- bis 25-jährigen sind 483 Menschen freiwillig aus dem Leben geschieden. Auch hier waren zwei Drittel unter ihnen männlich* [1]. Das Wort „freiwillig" ist im Kontext von Selbsttötung nicht ganz korrekt, denn die meisten Menschen, die einen Suizidversuch überlebt haben, wollen leben, sie wissen nur nicht, wie ihr Leben gelingen kann. Somit stellen uns junge Menschen mit Anzeichen von Suizidalität eine wichtige pädagogische Frage: Wozu lohnt es sich, zu leben?

■ Krisenbewältigung in Pubertät und Adoleszenz

Weit häufiger noch sind phasenweise suizidale Gedanken oder Handlungen. Gerade in der Zeit der Pubertät und des frühen Erwachsenenalters kommen Jugendliche in Krisen, die suizidale Verhaltensweisen hervorrufen können. Während Mädchen* und Frauen* dann häufiger Suizidversuche unternehmen, vollenden männliche* Jugendliche und Männer* die Selbsttötung dreimal häufiger. Unter Trans*Jugendlichen sind die Zahlen nochmals höher [2]. Aus diesem Grund ist Suizidprävention ein wichtiges Thema für die Landesarbeitsgemeinschaft Jungen*- und Männer*arbeit (LAGJM).

Dennoch waren wir 2014 überrascht, als wir einen Fachtag organisierten, der sich mit Suizidalität beschäftigte, da wir mit Anmeldungen geradezu überrannt wurden. 150 Teilnehmende nahmen damals in Göppingen an einem Fachtag mit zwei Vorträgen und fünf Workshops teil, der Fachkräften Hilfe im Umgang mit ihren Zielgruppen insbesondere in der Schulsozialarbeit und in Beratungsstellen bot. Es wurden Fragen beantwortet, wie zu erkennen ist, dass ein Kind oder ein Jugendlicher Suizidabsichten hat, und wie eine gute Begleitung und Intervention aussehen kann.

Trotz der hohen Brisanz droht das Thema allerdings immer wieder in der Versenkung zu verschwinden, denn es markiert einen verdeckten, oftmals tabuisierten Bereich, mit dem sich viele Fachkräfte erst dann beschäftigen, wenn eine Krisensituation schon manifest geworden ist. Daher erscheint uns wichtig, das Thema der Selbsttötung explizit in das weite Thema der Jungengesundheit einzubauen, es also auch geschlechterbezogen zu beantworten. Daher war die Anfrage des Kompetenzzentrums Jungen- und Männergesundheit Baden-Württemberg, mit dem die LAGJM seit vielen Jahren kooperiert, ein gemeinsames Angebot für Fachkräfte zu entwickeln, um den Austausch über eine geschlechterbewusste Suizidprävention anzuregen, besonders willkommen. Die große Resonanz verdeutlichte, dass Suizid, suizidale Signale und Präventionsarbeit in diesem Feld Fachkräfte in Baden-Württemberg nach wie vor beschäftigen. So musste der Online-Fachaustausch vom 8. Juli aufgrund der hohen Resonanz sogar am 27. Juli wiederholt werden.

■ Aufgaben für die Jungenarbeit

Dabei wurde auch thematisiert, warum, es Sinn macht, Suizidprävention geschlechterbewusst zu gestalten. Eine der großen Aufgaben von Heranwachsenden ist die Entwicklung einer geschlechtlichen Identität, in der sie sich wohlfühlen. Der gesellschaftliche Wandel birgt hier große Herausforderungen, insbesondere für Jungen*, da Männlichkeitsanforderungen einem ständigen Wandel unterworfen sind, gleichzeitig Stereotype von Männlichkeit oft toxisch wirken. So verwechseln Jungen* und junge Männer* in ihrer Entwicklung oft Stärke und Kraft mit Überlegenheit, Macht oder gar Allmächtigkeit und gehen dabei über ihre und die Grenzen anderer Menschen hinweg. Damit ist oft gewaltförmiges Handeln verbunden, das ihnen und anderen Menschen schadet. Gewalt, die sich gegen sich selbst richtet, kann im schlimmsten Falle im Suizid enden. Er ist dann der letzte, allerdings destruktive Versuch, sich selbstwirksam zu spüren. Auch der Bereich von psychischen Erkrankungen ist ein eigenes ernstzunehmendes Feld, das im Rahmen dieses Artikels allerdings nicht angemessen bearbeitet werden kann.

Wenn Krisen nicht als bewältigbar erscheinen, z.B. durch eine schwere eigene oder die Erkrankung von Bezugspersonen, die Scheidung der Eltern, die Beendigung einer (Liebes-) Beziehung, das Ausbleiben von Anerkennung in der Peergroup, das Fehlen von Zukunftsperspektiven etwa durch einen verpatzten Abschluss, oder wenn gar mehrere krisenhafte Faktoren zusammenkommen und keine Bewältigungskompetenzen vorhanden sind, dann kann es zu einer tödlichen Kurzschlusshandlung kommen, die Jungen* und junge Männer* tendenziell mit harten Methoden ausführen, also Tötungsformen, bei denen lebenserhaltende Maßnahmen oft zu spät kommen.

Jungen*arbeit dient daher dem Aufbau von konstruktiven Handlungskompetenzen männlicher* Heranwachsender. Dazu gehört ein guter Kontakt zu sich selbst und insbesondere zu den eigenen Gefühlen, denn viele Jungen* spüren Emotionen, die oft weiblich konnotiert werden, nicht. Jungen* werden zudem oft Eigenschaften, die als „nicht-männlich" markiert sind, aberkannt: Einfühlungsvermögen, innere Ruhe, Verständnis- und Kompromissbereitschaft, das Eingestehen und Akzeptieren von Schwäche, Angst und Hilflosigkeit ...

Das Einüben dieser Fähigkeiten ist ebenso Teil von Jungenarbeit, wie das Arbeiten an den eigenen Stärken, die vielfältiger sind, als viele Jungen* es von sich selbst erahnen. Außerdem gehören die Akzeptanz der eigenen und der Grenzen anderer Menschen dazu und die Fähigkeit, lebendig in Kontakt zu gehen. Grenzachtung ist eine weitere Voraussetzung dafür, dass Jungen* und junge Männer* die Risiken, in die sie oft aufgrund von Selbstüberschätzung und fehlendem Zugang zu sich selbst geraten, besser erkennen und bewältigen können. Denn erst dann, wenn ihnen das Handlungsrepertoire fehlt, wenn sie sich abgeschnitten von sich selbst, von einem gelingenden Kontakt mit anderen und von Zukunftsoptionen fühlen, wenn sie die oben gestellte Frage nach dem Sinn des Lebens nicht positiv beantworten können, geraten sie in die Gefahr eines Suizides.

[1] *www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html*

[2] *vgl. www.queer.de/detail.php?article_id=31933*

› **Michael Schirmer ist Diplompädagoge**
und arbeitet als Referent der LAGJM-Geschäftsstelle.

Dokumentation des Göppinger Fachtags
www.lag-jungenarbeit.de/dokumentation-des-goeppinger-fachtags/

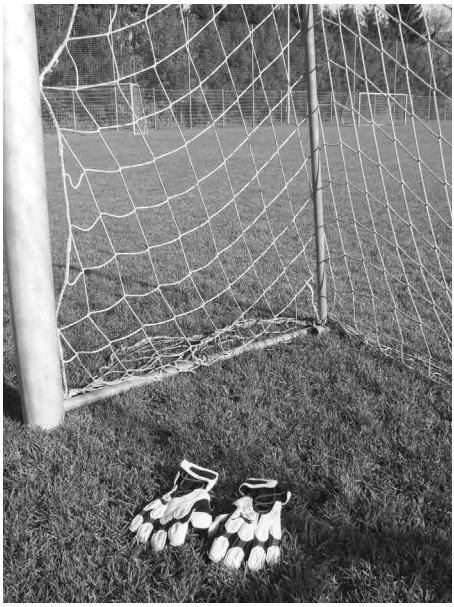
› **Kontakt**
michael.schirmer@lag-jungenarbeit.de
www.lag-jungenarbeit.de

Suizidprävention bei Männern im Landkreis Göppingen – ein Erfahrungsbericht

Andreas Kadel

Das Gesundheitsamt Göppingen führt seit 2009 ein Langzeitprojekt zur Suizidprävention bei Männern im Landkreis Göppingen durch. Dazu werden öffentliche Vorträge, Workshops oder Veranstaltungen angeboten und durchgeführt, teils auch im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Das informierende und aktivierende Projekt ist ein wichtiger Baustein im Bereich der Präventionsaufgaben des Gesundheitsamts und Teil der Göppinger Strategie zur Männergesundheitsförderung „Mann bleib gesund!" Das Projekt zeigt exemplarisch, wie auch andere Akteure dieses Thema niedrigschwellig aufnehmen und für betroffene oder hilfesuchende Männer zugänglich(er) machen können.

Der Anfang



„Jedes Jahr sterben immer doppelt so viel Männer an Suizid als an Verkehrsunfällen." – Dieser Satz fällt im Rahmen einer betriebsinternen Fortbildung im Christophsbad Göppingen. Andreas Kadel, Arzt beim Gesundheitsamt Göppingen absolviert in der Klinik für Psychiatrie des Christophsbads Göppingen seine fachärztliche Weiterbildung zum „Amtsarzt". Wo andere bereits gewohnt darüber hinweg hören, wird er stutzig. Eine Mischung aus Naivität und Anteilnahme lässt ihn nachfragen, warum dann so viel Geld in Ampelanlagen, Leitplanken und andere – ganz zweifellos sinnvolle – Dinge fließt, aber vergleichsweise nichts oder wenig in die Prävention des Suizids investiert wird.

Sein Kommentar „Die Männer sterben ja heutzutage wo ganz anders!“ wird vom Amtsleiter aufgegriffen und mündet in einen Auftrag, das Thema aufzunehmen und in erste Aktivitäten umzusetzen.

Kadel macht sich deshalb vertraut mit den bedrückenden Kennzahlen des Suizids in Deutschland und weltweit und stellt schnell einen großen präventiven Bedarf fest. Grundlage des neu anvisierten Projekts wird die von Professor Manfred Wolfersdorf aus Bayreuth im Rahmen eines Vortrags im Christophsbad vorgestellte Gotland-Studie[1] des deutschen Professors Wolfgang Rutz auf der schwedischen Insel Gotland. Konsequenz und Kernstück dieser und ähnlicher Studien ist die Beratung von Laien und Betroffenen, hier also die Aufklärung von Männern für Männer, in unkomplizierten Settings. Dabei geht es ursprünglich um Männer, die keine andere psychische Grunderkrankung haben – das Mann-sein mit seinen Belastungen und Beschränkungen ist gegebenenfalls die „Grunderkrankung“.

Am 9. November 2009 stellt das Gesundheitsamt Göppingen das Projekt im Rahmen eines Pressegesprächs in der Klinik Christophsbad vor. Tags darauf am 10. November 2009 muss man in den Zeitungen lesen, dass sich der ehemalige deutsche Nationaltorwart Robert Enke das Leben genommen hat.

■ Die Durchführung

Das Gesundheitsamt Göppingen lädt seit 2009 Männer in unregelmäßigen Abständen zu zwanglosen, niedrigschwelligen Gesprächsrunden ein. Die meisten Veranstaltungen finden nicht im Gesundheitsamt, sondern an „neutralem“ Ort statt, etwa in Kooperation mit Büchereien. Die niedrige Schwelle und die Auswahl des Veranstaltungsortes führen rasch zu einem positiven Echo, die Veranstaltungen werden gut besucht. Zu Beginn des Projekts gibt es eine Zweiteilung – ein Power-Point-Vortrag mit Zahlen, Daten und Fakten und ein anschließender Austausch als Frage-Antwort-Runde.

Oft wird Andreas Kadel mit Emails wenige Tage im Anschluss an die Veranstaltungen angeschrieben. Ihr Inhalt ist oft derselbe: Dank für die Möglichkeit zur Teilnahme und die Bestätigung scheinbar winziger und unbedeutender Details in der Entstehungsgeschichte des Suizidgedankens – dass etwa Belastungssignale überhört oder abgewertet werden. Dennoch: Viele Männer können sich einen Suizid vorstellen, vollziehen diesen aus vielerlei Gründen dann aber nicht. Manche dieser Männer schildern sich als selbst als „lebende Tote", die viele Jahre damit ver(sch)wenden, etwa trotz einer Depression weiter funktionieren zu wollen.

■ Die Elemente

Aufgrund der Buchempfehlung einer Bibliotheksmitarbeiterin aus Göppingen wird bald eine Lesung fest in die Veranstaltung integriert. Gelesen wird aus dem Roman des finnischen Autors Arto Paasilinna „Der wunderbare Massenselbstmord". Das ist ein rabenschwarzer Roadtrip mit vielen traurigen, aber auch urkomischen Elementen.

Den eingeladenen Männern gefällt diese Kombination gut. Später wird ein „Vorleser" engagiert – ein regional bekannter Country-und-Western-Sänger. Die Aufteilung zwischen dem Vorleser, der ausgewählte Abschnitte aus dem Roman vorträgt, und dem wissenschaftlich-ärztlichen Teil bringt zusätzliche Lebendigkeit in die Veranstaltungsabende. Die Teile wechseln sich in 10-Minuten-Blöcken ab. Dabei muss der Arzt neidvoll feststellen, dass die Männer den Vorleser fast bevorzugen – aber das dient der Sache. Und er bemerkt auch, dass man das Thema besser janusköpfig, also mit zwei Gesichtern behandeln sollte. Eines davon ist die bedrückende Darstellung der Realität, in welcher Suizidgedanken und -biografien heranreifen, das andere ist das Gesicht der Satire, die es den Männern ermöglicht, darüber zu sprechen.

Die Teilnehmer setzen sich aus drei Gruppierungen zusammen: Es sind einmal hilfebedürftige, betroffene Männer ab 45 Jahren, dann Experten und Fachkräfte aus sozialen Berufen, die ihre Kenntnisse erweitern möchten, und immer wieder auch Menschen, die nach Verlust eines Angehörigen – selbst nach Jahrzehnten noch – eine Antwort auf diesen Suizid suchen und eigene Schuldgefühle mitbringen. Zunehmend genügt der zeitliche Rahmen des Veranstaltungsabends für alle Fragen und Beiträge nicht mehr. Spontan wird eine inoffizielle Selbsthilfegruppe gegründet. Sie trifft sich in den folgenden drei Jahren im festen monatlichen Rhythmus in einer lokalen Gastwirtschaft und unternimmt sogar kleinere gemeinsame Ausflüge. Der Zusammenhalt wächst und geht wieder zurück, jeder zahlt sein Getränk selbst. Kadel bleibt Moderator mit dem Credo, dass Zurückhaltung wichtiger ist als Einmischung – die Selbsthilfegruppe hilft sich selber. Sie benötigt dazu vor allem einen guten Rahmen. Betroffene und Bedürftige kommen neu hinzu, andere bleiben wieder weg. Nach drei Jahren verlaufen sich die Lebensschicksale, die Gruppe löst sich auf. Trotzdem bleibt die Atmosphäre entspannt und alle sind stolz darauf, dabei gewesen zu sein.

Als Ergänzung zu den Abenden mit Lesung lädt das Gesundheitsamt auch zum „Burn-out-Grillen für gestresste Männer" für Männer ein. Das Haus der Familie hat einen paradiesischen Garten und die Biertischgarnituren, Kadel bringt einen Kugelgrill bei, die Steaks und die Getränke. Die Veranstaltung wird unkonventionell mit riesigen Bannern am Gartenzaun des Hauses der Familie beworben. Nachbar der Einrichtung ist die Bundesagentur für Arbeit. Spontan kommen Männer zum Grillen, Gespräche entstehen, mann wundert sich über das Motto. Alles ist gratis, nur die Scheu zu überwinden, von sich etwas mitzuteilen, kostet die Männer etwas.

Immer mehr kommen auch Einladungen zu Vorträgen und Workshops, etwa von Schulen und Vereinen. Ein Gymnasium im Landkreis wünscht regelmäßig einen Vortrag für den Kurs Psychologie in der Oberstufe. Jede Einladung wird bedient, das Präventionsangebot kostet die Organisatoren nichts. Viele dieser Vorträge werden auch von katholischen und evangelischen Bildungseinrichtungen gebucht. Es gibt Radiosendungen im lokalen Sender, Telefonaktionen mit der Tageszeitung und einiges mehr. Die Resonanz im betrieblichen Bereich oder bei den Blaulichtberufen blieb demgegenüber leider gering.

■ Die Inhalte

Täglich nehmen sich in Deutschland rund 22 Männer selbst das Leben. Dies sind quasi zwei Fußballmannschaften. Der Werksarzt Peter Kölln aus Bremen verwendet dieses einprägsame Bild auf einer Veranstaltung der Akademie Bad Boll. Das Bündnis gegen Depression[2] betont dabei ausdrücklich, dass diese Menschen im Grunde eigentlich nicht sterben wollten. Die Suizidgefährdung stellt vielmehr die letzte Station eines langen Leidensweges dar. Dieser bringt so große Qualen und Beschwerden mit sich, dass die Betroffenen keinen Ausweg mehr sehen, um sich vor diesen Qualen zu schützen. Sie wollen lieber ihr Leben beenden, als weiter leiden zu müssen. Dabei gibt es Früherkennungszeichen für diesen Leidensweg und für einen drohenden Suizid, die etwa der österreichische Arzt und Suizidforscher Erwin Ringel als einer der ersten beschrieb.

In seinem Werk „Der Selbstmord. Abschluss einer krankhaften Entwicklung“ von 1953 beschreibt Ringel die tragische Verkettung mehrerer Lebensumstände – beginnend mit der sogenannten „Einengung“ über die Depression zur Fremd-Aggression bis hin zur Aggressionsumkehr und schlussendlich dem Selbstmord.

Der Verlust von Freude, Antrieb, Kraft oder Gefühlen wird irgendwann als unerträglich empfunden und führt bei vielen Männern zur Aggressivität gegen andere und gegen sich selbst. Ein Gefühl der inneren Leere bereitet besondere Qualen. Dabei steigt das Risiko eines Suizids mit höherem Lebensalter. Ein markanter Punkt scheint der Übergang von den 40ern in die 50er-Lebensjahre zu sein.

Auf die Frage, warum Männer insgesamt suizidgefährdeter sind als Frauen, gibt es unterschiedliche Antworten. Frauen sind vielleicht „lebensklüger" und können mit schwierigen Entwicklungen und Schicksalen, aber auch mit Verlusten konstruktiver, d.h. pragmatischer umgehen als Männer. Sie sind eher bereit um Hilfe zu bitten und diese auch anzunehmen. Männer neigen dazu, sich nicht als hilfebedürftig darzustellen. Und wenn sie ihre Not dann doch nach langer Leidenszeit mitteilen, werden sie in ihrer Umgebung – der Männerwelt mit ihren unbarmherzigen Rollenbildern und Rollenerwartungen – oft nicht ernst genommen. Ein Mann, der sich zwei-, dreimal äußert, und nicht gehört wird, meldet sich meistens nicht mehr und geht alleine weiter – und womöglich einen Schritt zu weit.

Betroffene Männer berichten immer wieder, verlacht und als Jammerlappen dargestellt worden zu sein. Sie berichten auch, dass sie sich nach einer einzigen öffentlichen Verunglimpfung weitere Hilferufe streng verkniffen hätten, bis es beinahe zu spät gewesen sei. Das Projekt richtet sich deshalb ausschließlich an Männer in homogenen Gruppierungen. Diese Strategie hat sich bewährt: Losgelöst vom gegengeschlechtlichen Spannungsbogen geben sich die männlichen Teilnehmer grundsätzlich offener und gesprächsbereiter. Ein Patentrezept im Umgang mit suizidalen Männern gibt es allerdings nicht. Im Umgang mit vermutlich Suizidgefährdeten empfiehlt Andreas Kadel jedoch Offenheit. Man solle sie unverblümt fragen, ob sie sich mit Suizidgedanken tragen, und ihnen vor allem zuhören, sie in ihrem Leid oder in ihrer Trauer ernst nehmen und weder kritisieren noch bagatellisieren. Das sind Haltungen, die auch im Bereich der Trauerarbeit und Trauerbegleitung praktiziert werden. Sie sind wichtig, weil viele Männer trotz einer erdrückenden „Leere" versuchen, ihr Bestes zu geben und sich zusammenzureißen. Sie bleiben deshalb vordergründig oft relativ unauffällig. Wenn man sie fragt, schildern sie diese Zeit als „verlorene Jahre". Es gilt also jede Chance zu nützen, bei der sie sich öffnen und zeigen.

■ Ausblick

Das Verständnis für diese teilweise unkonventionelle Art der Prävention mit niedrigschwelligen und aufsuchenden Angeboten nimmt zu. Ein eigener Blick auf die Belastungen der Männer wird aber oft noch in Frage gestellt. Der Öffentliche Gesundheitsdienst könnte hier eine Schlüsselposition einnehmen, indem er Versorgungslücken sichtbar macht. Bei insgesamt guten Aussichten bleiben aber auch Zweifel an der Machbarkeit einer in diesem Sinn nachhaltigen Prävention. Der Grund liegt vielleicht in der Brauchbarkeit des depressiven Mannes. Der ist ein fester Bestandteil seines Ökosystems geworden, und manche verzichten ungern auf einen leicht lenkbaren und niedergeworfenen Mitmenschen. Den Preis, den gesunde und lebensfrohe Männer einfordern könnten, sind nicht alle bereit zu zahlen. Wir müssen also Stellung beziehen. Wer Käfigtüren aufschließt, darf sich nicht wundern, wenn das Brüllen im Urwald lauter wird.

[1] *knappe Zusammenfassung in www.kup.at/kup/pdf/9159.pdf*

[2] *www.deutsche-depressionshilfe.de/ueber-uns/das-buendnis*

› **Andreas Kadel ist Arzt für öffentliches Gesundheitswesen**
im Landratsamt Göppingen, Gesundheitsamt.

› **Kontakt**
a.kadel@lkgp.de
www.landkreis-goeppingen.de/start/Landratsamt/Gesundheitsamt.html

Gegen die Einsamkeit: Das Projekt MachBar

Reinhard Winter

Einsamkeit macht krank. Wenn Menschen sich einsam fühlen, leidet auch ihre Psyche und suizidale Gedanken nehmen zu. Dazu kommt ein erhöhtes Risiko für Depressionen und Angststörungen. Aufgrund ihrer oft schwach ausgebildeten und wenig gepflegten sozialen Netze sind alleinlebende ältere Männer besonders häufig suizidgefährdet. Der Weg in die Einsamkeit entspricht auch einem Selbstbild von Männern als Macher – mit der Erwartung, in Krisen Lösungen vor allem bei sich selbst zu finden. In Großbritannien gibt es seit 2018, in Japan seit 2021 ein Ministerium für bzw. gegen Einsamkeit. In Tübingen entsteht das Projekt MachBar.

MachBar ist ein Wohn- und Sozialprojekt für die Tübinger Südstadt am „Hechinger Eck", dessen Bezug und Eröffnung für den Sommer 2024 geplant ist. Hier entsteht ein Haus mit viel Innenleben und mit Raum für mehr Miteinander. Das Projekt MachBar wird getragen von Engagierten und Interessierten, die soziale Isolation als ein Problem ansehen. Sie wollen Distanz und Vorurteilen etwas aktiv entgegensetzen. MachBar richtet sich an Menschen, die Lust auf andere und etwas gegen das Alleinsein haben: beim Zusammenleben im Haus und in der Projektarbeit im Stadtteil. Das Konzept, das nun zur Umsetzung kommt, wurde vom Institut SOWIT und dem Verein X-IGS im Zusammenhang mit dem Integrationsprojekt Passerelle entwickelt.

■ Kontakt und Begegnung als Konzept und als Lösung

Einsamkeit betrifft immer mehr Menschen, sie ist ein allgemeines und generationenübergreifendes Problem. Zudem ist unsere Gesellschaft zunehmend gespalten, viele Menschen fühlen sich ausgegrenzt. MachBar entwickelt deshalb Ideen dafür, was gegen Ausgrenzung, Vorurteile und Isolation hilft und verwirklicht diese im sozialen Nahraum. Das Projekt setzt dabei auf die direkte Nachbarschaft und ihre Entwicklung – denn entweder es passiert etwas im Quartier, oder es geschieht gar nicht. Gefühle der Isolation, des Ausgeschlossenseins oder der Distanz zu anderen werden insbesondere im persönlichen Umfeld, im konkreten Sozialraum und im Alltag empfunden. Deshalb müssen Angebote, die dagegen wirken wollen, im Nahbereich der Menschen angesiedelt sein, und sie müssen niedrigschwellig, alltäglich oder „gewöhnlich" organisiert werden.

Das Projekt MachBar wirkt im Umfeld des Hauses und ins Quartier. Es bietet Menschen zahlreiche Möglichkeiten, um zusammenzukommen und zusammenzufinden: Menschen schauen vorbei, beteiligen sich, machen Angebote, übernehmen Dienste, werkeln, backen Kuchen, spielen Karten. Andere Menschen, die sich alleine fühlen oder von Einsamkeit bedroht sind, finden Zugang, sie werden ins Projekt integriert, bekommen Beratung, eine Aufgabe und neue Kontakte.

■ Zusammen leben – mehr Miteinander: Ein Haus und ein soziales Projekt

Kern des Projekts ist das Haus MachBar, bei dem eine Baugemeinschaft machbaren, d.h. auch bezahlbaren Wohnraum in unterschiedlichen Größen und Wohnformen herstellt. Im Haus wohnen ganz unterschiedliche Menschen: Familien, Paare, Menschen mit Betreuungsbedarf, Eigentümer, Mietende. Es gibt größere und kleinere Wohnungen und Appartements, außerdem eine Cluster-Wohnung als Weiterentwicklung der klassischen Wohngemeinschaft. Die Bewohnerinnen und Bewohner bilden mit den Projektbeteiligten eine Hausgemeinschaft. Sie schaffen Möglichkeit für Nähe, aber auch Gelegenheit für Abstand.

Die Baugemeinschaft ermöglicht und fördert das soziale Projekt MachBar. Dazu werden eigene Räume eingerichtet und gemeinsam mit einem Trägerverein betrieben. Bei Stiftungen werden Projektmittel beantragt, um die MachBar zu betreiben. Diese kleine Café-Bar ist das Herz des Projekts, hier wird (für) Begegnung geschafft. Neben dem Café gibt es einen Beratungs- und einen Arbeitsraum und außerdem eine (mitgenutzte) Dachterrasse. Die Menschen im Haus sind – manche mehr, andere weniger – ins soziale Projekt MachBar involviert. In der MachBar trifft man freundliche und offene Menschen, es entstehen Begegnungen und Zugehörigkeiten, es gibt immer etwas zu tun, zu schaffen – und keine Zeit für Einsamkeit. Die Gelegenheit, etwas zu tun oder herzustellen, sich materiell nützlich zu machen spricht gerade auch Männer an, für die das ein wichtiger Teil ihres Lebenskonzepts ist.

Das Gebäude bildet den Rahmen für die sozialen Aktivitäten, die räumlich im Erdgeschoss und auf der Dachterrasse verortet sind: Das Café mit einem überschaubaren, gemütlichen Innenbereich und einem Außenbereich, ohne Konsumzwang und mit einem offenen Konzept. Außerhalb der Öffnungszeiten dient das Café als „erweitertes Wohnzimmer“ für die Hausgemeinschaft und als Veranstaltungsort fürs Quartier, es kann auch angemietet werden.

In der angrenzenden „intimen Redezone“ (Beratungsbereich) oder im Café selbst finden Integrations- und Beratungsgespräche für Menschen statt, die Anschluss finden möchten, sich isoliert fühlen, unter Einsamkeit leiden oder davon bedroht sind. Ein besonderer Ort für Begegnung, für Spannung und Entspannung ist die Dachterrasse. Sie ist bei schönem Wetter während der Café-Öffnungszeiten für Gäste geöffnet, ansonsten für die Hausgemeinschaft reserviert. Im Erdgeschoss gibt es einen weiteren Raum: Die Haus-Wirtschaft als halböffentlicher Wasch- und Hausarbeitsbereich, eine Art Waschsalon, in dem sich Wasch- und Bügelgäste aus dem Haus und der Nachbarschaft begegnen, zusammen arbeiten, etwas nähen oder reparieren, einen Kaffee trinken und dabei ein Schwätzchen halten können.

■ MachBar-Strukturen

- Eine Baugemeinschaft trägt die Idee, entwickelt das Konzept weiter, baut das Haus, lebt in den Wohnungen oder vermietet sie und stellt die Räume dem Projekt MachBar zur Verfügung.
- Hausbewohnerinnen und -bewohner organisieren sich als eine Gemeinschaft, sie verpflichten sich darauf, selbst gut in Kontakt zu sein, Konflikte konstruktiv zu lösen, Unterschiede zu tolerieren, sich freundlich zu begegnen und niemand verlorengehen zu lassen.
- Ein gemeinnütziger Trägerverein wird für die Finanzierung und die Trägerschaft des sozialen Projekts MachBar gegründet.
- Für Organisation und Gestaltung der sozialen Prozesse sowie das Anliegen der Integration wird eine Stelle eingerichtet, die über Zuschüsse, Projektmittel und Spenden finanziert wird.
- Die Fachstelle koordiniert das Sozialprojekt, organisiert das Beratungsangebot und leistet aufsuchende Arbeit über die eigenen Räumlichkeiten hinaus.
- Umgetrieben wird das Projekt MachBar überwiegend von Freiwilligen aus dem Haus und dem Quartier sowie in Kooperation mit anderen sozialen Einrichtungen.
- Das Projekt MachBar ist im Quartier vernetzt: mit anderen Häusern und neuen Projekten am Hechinger Eck, mit dem Integrationsprojekt „Passerelle“ für geflüchtete Menschen oder den benachbarten Kirchengemeinden. MachBar arbeitet mit anderen Trägern und Organisationen an einer lebendigen MachBarSchaft und ist Teil der sozialen Infrastruktur in der Tübinger Südstadt.

Das Konzept des Projekts MachBar wurde von einer Vergabekommission der Stadt Tübingen aus vielen Bewerbungen ausgewählt und erhielt eine Umsetzungsoption auf einer Parzelle im Areal „Hechinger Eck Nord“. Jetzt beginnt der Weg vom Konzept zur Umsetzung, der selbst schon als eine Gelegenheit für Kontakt und Begegnung eröffnet und gestaltet werden soll.

› **Dr. Reinhard Winter ist Diplompädagoge**

und arbeitet im eigenen Institut, dem freien Forschungs-, Bildungs- und Beratungsinstitut SOWIT in Tübingen. Nach dem Aufbau des Projekts Passerelle, einem stadtteilbezogenen Wohn-, Aktions- und Gesundheitsprojekt für geflüchtete und nicht geflüchtete Menschen in der Tübinger Südstadt, begleitet er nun das Projekt MachBar durch die Planungs- und Bauphase bis zur Umsetzung.

› **Kontakt**

reinhard.winter@sowit.de
www.sowit.de | https://x-igs.de
https://projektpasserelle.com | https://machbartuebingen.wordpress.com

Projekte, Initiativen, Links

In Baden-Württemberg und bundesweit gibt es einige beachtenswerte Projekte und Initiativen im Bereich Krisenberatung und Suizidprävention. Ein Teil von ihnen adressiert explizit Männer. Die hier zitierten Informationen wurden den jeweiligen Internetangeboten entnommen. Praxisbeispiele im Kontext des Projekts „Männerbezogene Suizidprävention", die in dieser Publikation bereits eigens beschrieben wurden, sind hier nicht noch einmal aufgeführt.

■ MEN-ACCESS – Suizidprävention für Männer

Entwicklung und Evaluation von E-Learning-Programmen für Gatekeeper und Männer mit Suizidrisiko

Männer zeigen eine deutlich höhere Suizidrate auf als Frauen, nehmen aber seltener Hilfsangebote in Anspruch und werden seltener als Risikopersonen erkannt. Für suizidpräventive Maßnahmen sind sie schlechter zu erreichen als Frauen. Evaluierte genderspezifische Konzepte zur Suizidprävention für Männer fehlen weitestgehend. Das Internet und die sozialen Medien spielen als Informationsquellen zu Suizidmethoden heute eine wichtige Rolle, sind aber gleichzeitig auch ein wichtiges Medium der Suizidprävention.

Das Verbundprojekt MEN-ACCESS (04/2021 – 03/2024) will genderspezifische Risikofaktoren, Kommunikationsstrategien, Zugangswege und Gatekeeper identifizieren und darauf aufbauend zwei E-Learning-Tools zur Suizidprävention für Männer mit erhöhtem Suizidrisiko und für Gatekeeper entwickeln und evaluieren. Gatekeeper spielen als Brücke für den Zugang von schwer erreichbaren Gruppen in der Prävention eine zentrale Rolle und werden deshalb in diesem Projekt involviert.

› **Informationen und Kontakt**

www.uniklinikum-leipzig.de/einrichtungen/medizinische-psychologie/Seiten/suizidalitaetsforschung-men-access.aspx
www.medicalschool-berlin.de/forschung/forschungscluster/klinische-psychologie-psychotherapie/men-access/

Stiftung Männergesundheit (SMG) – Wissensreihe

Die Stiftung Männergesundheit wurde 2006 gegründet mit dem Ziel, die in Deutschland um fünf Jahre kürzere durchschnittliche Lebenserwartung von Männern und die Männergesundheit insgesamt zu verbessern. Dazu gibt die Stiftung Männergesundheitsberichte heraus, die Versorgungslücken und Forschungsbedarf thematisieren. Mit der Wissensreihe Männergesundheit gibt die Stiftung allgemeinverständliche männerspezifische Ratgeber heraus, die sich vorrangig und direkt an Männer richten. Die Hefte stehen als PDF-Version zur Verfügung, Printexemplare können gratis bestellt werden.

› Literatur

SMG-Wissensreihe Nr. 1 „Depression" (8 S.)
www.stiftung-maennergesundheit.de/files/SMG/img/Wissensreihe%20PDF/01_Depression.pdf
SMG-Wissensreihe Nr. 8 „Burnout" (8 S.)
www.stiftung-maennergesundheit.de/files/SMG/img/Wissensreihe%20PDF/08_burnout.pdf
Lothar Weißbach und Matthias Stiehler / Stiftung Männergesundheit (Hg.): Männergesundheitsbericht 2013. Im Fokus: Psychische Gesundheit. Göttingen: Hogrefe, 2013.

› Informationen und Kontakt

www.stiftung-maennergesundheit.de

■ Tag der ungleichen Lebenserwartung 2021 – „Neben der Spur – mehr als nur schlecht drauf …“

Kampagne zu psychischer Gesundheit, Depression und Suizidalität bei Männern

Der Tag der ungleichen Lebenserwartung wurde von der Stiftung Männergesundheit initiiert und findet jedes Jahr am 10. Dezember statt. Er markiert die um etwa fünf Jahre geringere Lebenserwartung von Männern, indem er diese auf 344 im Vergleich zu 365 Tagen bei Frauen rechnet. Der Tag soll auf diesen Unterschied aufmerksam machen und ruft dazu auf, mehr Energie und Ressourcen in die Männergesundheitsförderung zu investieren.

Nach Kampagnen zu den Themen „Kenn dein Risiko“ (2019) und „Gute Arbeit macht gesund – schlechte Arbeit nimmt (das) Leben“ (2020) stehen aktuell die psychische Gesundheit, Depression und Suizidalität bei Männern im Fokus.

› **Informationen und Kontakt**

www.tag-der-ungleichen-lebenserwartung.de

■ männerberatungsnetz.de | Beratung für Jungen, Männer und Väter

Wenn Jungen, Männer und Väter Beratungs- und Unterstützungsangebote für sich suchen, wissen sie häufig nicht, wo und wie sie diese finden können. Viele der vorhandenen Beratungsangebote sind geschlechtlich allgemein gehalten und sprechen Jungen, Männer und Väter nicht direkt an.

Männerberatung umfasst Beratungsangebote, die Männer als Zielgruppe ansprechen, auf Männerbelange spezialisiert sind oder die ein professioneller Umgang mit männlichen Rollenbildern und Stereotypen auszeichnet.

männerberatungsnetz.de sammelt solche Angebote und vereinfacht die Suche nach Hilfe und Beratung, die sich speziell an Jungen, Männer und Väter richtet.

männerberatungsnetz.de unterstützt Männer, schnell und direkt Beratung und Hilfsmöglichkeiten zu finden. Die Eingabe der Postleitzahl und des gesuchten Beratungsthemas startet die Umgebungssuche und informiert in wenigen Schritten über Angebote in der Nähe.
Träger der Seite ist das Bundesforum Männer, das sich auch im bundesweiten Netzwerk Männerberatung engagiert.

› **Informationen und Kontakt**
https://maennerberatungsnetz.de | www.bundesforum-maenner.de

› **#männerfragen? Männerantworten.**
Die richtige Ansprechperson zu finden, ist nicht immer einfach.
Hier schon: https://maennerberatungsnetz.de

■ Männerhilfetelefon – Hilfetelefon Gewalt an Männern

Männer sind Täter, keine „Opfer"? Falsch. Gewalt im außerhäuslichen Bereich richtet sich sehr oft gegen Männer. Und auch von häuslicher Gewalt sind viele Männer betroffen. Doch sie suchen selten Beratung und Hilfe. Oft aus Scham: Der Mythos vom „starken Mann" hält sich hartnäckig. Einfach zugängliche Angebote wie das Männerhilfetelefon erleichtern es ihnen, Unterstützung zu suchen.

- Männer erleben Gewalt. Erleiden Gewalt. In der Kindheit, auf der Straße, in Institutionen oder auch in der Partnerschaft.
- Deshalb gibt es uns, das
  Hilfetelefon Gewalt an Männern. Wenn Sie also in irgendeiner Form Gewalt erlitten haben, rufen Sie uns an!
- Wenn Sie nicht (mehr) zu denen gehören wollen, die alles „mit sich selbst ausmachen", die es „in sich hineinfressen" und die so alleine bleiben mit dem, was ihnen widerfahren ist, dann nehmen Sie Kontakt mit uns auf!
- Was auch immer passiert ist:
  Lassen Sie uns gemeinsam versuchen, die Gewalt zu beenden!

Eine Kontaktaufnahme zur Beratung ist telefonisch zu den Sprechzeiten, als Online-Beratung im Sofortchat über die Homepage zu den gesonderten Chat-Beratungszeiten oder per Email möglich. Beratung und Informationen über Hilfsmöglichkeiten gibt es auch für Angehörige oder Fachpersonal.

- **Kontakt und Informationen**
  www.maennerhilfetelefon.de | 0800 1239900

Men's talk – ein männerorientiertes Behandlungsangebot in 8 Modulen

Bei seelischen Erkrankungen verhalten sich Männer oft anders als Frauen. Doch im klinischen psychiatrischen Alltag erreichen die oft weiblich besetzten Therapieangebote wie etwa „Backen" oder „Malen" Männer nur begrenzt. Mit Men's talk wurde nun ein spezifisch männerorientiertes Behandlungsangebot für die Praxis entwickelt.

Men's talk bietet ein männerspezifischen Gruppenkonzept an. Die Lebenssituationen, Verhaltensweisen und Interessen von Männern stehen dabei im Fokus. Ziel ist es, in einem geschützten Rahmen zum Experten der eigenen Krankheit zu werden auf Grund individueller Symptomaufklärung. Erfahrungsgemäß fällt es Männern oft schwer über ihre Emotionen zu sprechen. In einer Männerrunde gelingt dies viel leichter. Und im Team fällt es auch leichter, Methoden zur Konfliktbewältigung zu erarbeiten.

In Fachkliniken findet Men's talk modulartig statt. Die insgesamt acht Module werden als offene Gesprächsgruppen angeboten, mitunter auch als geschlossene Gruppe. Alle Module sind in sich abgeschlossen und bauen nicht aufeinander auf. Somit ist für Männer ein Einstieg jederzeit möglich.

› Informationen und Kontakt

Gender Mental Health Care | www.mens-talk.de

Schulen stark machen gegen Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten (4S)

Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten sind unter deutschen Jugendlichen weit verbreitete Phänomene. Man kann davon ausgehen, dass circa ein Drittel aller Jugendlichen zumindest einmalig Erfahrung mit selbstverletzendem Verhalten gemacht hat, circa ein Drittel der deutschen Jugendlichen gibt in Studien auch Erfahrungen mit Suizidgedanken an. Häufig ist die Schule der erste Ort, an dem selbstverletzendes Verhalten oder auch suizidale Verhaltensweisen auffällig werden, etwa indem Mitschüler in Gesprächen darüber erfahren oder Lehrkräfte Jugendliche mit Problemen identifizieren. Lehrerinnen und Lehrer sind daher in einer wichtigen Position, wenn es darum geht den ersten Kontakt zu betroffenen Schülerinnen und Schülern aufzunehmen und weitere Schritte in die Wege zu leiten.

Das Projekt „Schulen stark machen gegen Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten (4S)“ richtet sich an alle Schulen in Baden-Württemberg. Es hat sich zum Ziel gesetzt, Lehrerinnen und Lehrer sowie Beratungsfachkräfte, die im schulischen Rahmen tätig sind, mit Handlungskompetenzen auszustatten und sie als Ansprechpersonen für Jugendliche zu stärken. Es wird im Rahmen des „Aktionsprogramms Psychische Gesundheit von Jugendlichen“ von der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm im Auftrag der Baden-Württemberg Stiftung umgesetzt.

Die wichtigsten Informationen und Handlungshinweise finden sich auch online in vier Videos zum Thema Selbstverletzung bei Jugendlichen. Im Projekt wird aktuell ein E-Learning-Programm entwickelt, das ab Ende 2021 kostenlos zur Verfügung steht. Es richtet sich an Lehrerinnen und Lehrer sowie schulische Beratungsfachkräfte und bildet diese zu den Themen Selbstverletzung und Suizidalität bei Jugendlichen fort So sollen sie mit Handlungskompetenzen ausgestattet werden, um den Jugendlichen als qualifizierte Ansprechpersonen zur Seite zu stehen.

› **Informationen und Kontakt**
www.projekt-4s.de | *www.bwstiftung.de/de/programm/4s-online*

■ Frankfurter Netzwerk für Suizidprävention (FRANS)

Das Frankfurter Netzwerk für Suizidprävention wurde 2014 gegründet und ist ein Zusammenschluss von mehr als 70 Frankfurter und überregionalen Institutionen und Organisationen, in deren beruflichem Alltag suizidales Verhalten und das Thema Suizidprävention eine Rolle spielen. Die Ausrichtung des Netzwerks ist bewusst interdisziplinär, um möglichst alle potenziell betroffenen Personen zu erreichen. Koordiniert wird die Netzwerkarbeit durch eine Lenkungsgruppe im Gesundheitsamt Frankfurt, es gibt Treffen in verschiedenen Arbeitskreisen sowie jährlich zwei Gesamtnetzwerktreffen.

Ziele und Aktivitäten
- Weiterentwicklung umfassender Hilfs- und Bewältigungsangebote in Frankfurt und Umgebung
- Sensibilisierung von Bevölkerung und Professionellen für das Thema
- Entstigmatisierung des Themas Suizid und psychischer Erkrankungen im Allgemeinen
- Verbesserung der Datenlage bezüglich Suiziden in Frankfurt
- Senkung der Suizidzahlen in Frankfurt

Aus den Zielsetzungen ergeben sich fünf Arbeits- und Aktionsschwerpunkte: Krisenversorgung, Vernetzung von Akteuren, Fortbildung, Antistigma- / Öffentlichkeitsarbeit, Datenqualität

Das FRANS ist Teil des vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten „Frankfurter Projekts zur Prävention von Suiziden mittels Evidenz-basierter Maßnahmen (FraPPE)". Dabei wird ein auf Evidenz-basierten Methoden aufbauendes Programm zur Suizidprävention evaluiert. Untersucht wird die Effektivität eines Maßnahmenpakets bezüglich einer Reduktion suizidalen Verhaltens. Ziel ist die Senkung von Suiziden und Suizidversuchen innerhalb der dreijährigen Projektlaufzeit (2017 - 2020).

› **Informationen und Kontakt**
https://frans-hilft.de | https://frappe-frankfurt.de

■ AGUS – Angehörige um Suizid

AGUS – Angehörige um Suizid ist eine bundesweite Selbsthilfeorganisation für Trauernde, die einen nahe stehenden Menschen durch Suizid verloren haben. Dabei ist es unerheblich, wie lange der Suizid her ist.

AGUS ist in Europa der größte und älteste Verein, der sich für die Belange und Interessen Suizidtrauernder einsetzt. Getragen wird der Verein vom ehrenamtlichen Engagement der Gruppenleiter, Vorstände und Mitglieder.

AGUS bietet die Kompetenz Betroffener an und die langjährige Über-Lebenserfahrung nach einem Suizid. Die AGUS-Arbeit gibt Menschen Halt und zeigt Perspektiven auf, wenn das eigene Leben unwiederbringlich zerstört scheint.

Das AGUS-Angebot ist kein Ersatz für manchmal notwendige medizinisch-therapeutische oder seelsorgerische Hilfe, sondern eine wichtige Ergänzung.

Auf der AGUS-Seite finden sich Informationen zu Suizidalität und Trauer nach Suiziden, Angebote wie Trauerseminare für Betroffene oder Ausbildungsseminare für Gruppenleitungen, ein Online-Forum für Suizidhinterbliebene sowie eine interaktive Karte der lokalen und regionalen AGUS-Selbsthilfegruppen.

› **Informationen und Kontakt**
https://agus-selbsthilfe.de

■ Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS)

Die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) ist seit 1972 die übergreifende Fachgesellschaft für alle Einrichtungen und Personen, die sich in Forschung, Lehre oder Praxis mit Suizidprävention als Hilfe in Lebenskrisen befassen. Aufgabe und hauptsächliches Ziel der DGS ist es, die Akteur*innen der Suizidprävention in Deutschland zu vernetzen, die Forschung in diesem Feld zu befördern sowie die Öffentlichkeit mit relevanten Informationen zur Suizidprävention zu versorgen. Die DGS ist Initiatorin und Förderin des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland.

Auf der DGS-Homepage finden sich Informationen über Hilfsangebote für Betroffene, Hilfe für Hinterbliebene und Gesprächsempfehlungen sowie Informationen zu Suizidalität, Suizidprävention in Deutschland und Suizidforschung zum Download. Die Seite suizidprophylaxe-online.de archiviert alle seit 1974 erschienen Artikel der Zeitschrift „Suizidprophylaxe“ als PDF-Download, darunter neun zum Stichwort „Männer“.

› **Informationen und Kontakt**
www.suizidprophylaxe.de | *www.suizidprophylaxe-online.de*

■ Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro)

2001 initiierte die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) eine Initiative für ein nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland. Das Nationale Suizidpräventionsprogramm für Deutschland ist heute ein Netzwerk aus mehr als 90 Institutionen, Organisationen und Verbänden mit dem Ziel, die Suizidprävention in Deutschland in verschiedensten Bereichen voranzubringen. Ein weiteres Ziel ist die gesamtgesellschaftliche Aktivierung auf dem Gebiet der Suizidprävention.

Auf der NaSPro-Homepage finden sich zahlreiche Flyer, Broschüren, Stellungnahmen, Publikationen und Videos zum Download.

› **Literatur**
Deutsche Akademie für Suizidprävention (Hg.): Suizidprävention Deutschland. Aktueller Stand und Perspektiven. Kassel, 2021. – www.naspro.de/dl/Suizidpraevention-Deutschland-2021.pdf

› **Informationen und Kontakt**
www.suizidpraevention.de

Deutsches Bündnis gegen Depression

Das Deutsche Bündnis gegen Depression der Stiftung Deutsche Depressionshilfe verfolgt das Ziel die
– gesundheitliche Situation depressiver Menschen zu verbessern,
– das Wissen über die Krankheit in der Bevölkerung zu erweitern,
– Suiziden vorzubeugen.

Zahlreiche Städte und Kommunen haben sich dem Bündnis angeschlossen und engagieren sich bundesweit auf lokaler Ebene in etwa 80 regionalen Bündnissen gegen Depression. Das Bündnis ist Mitglied im Europäischen Bündnis gegen Depression (EAAD), das die mehrsprachige Seite ifightdepression.com betreibt.

Auf der Bündnis-Homepage finden sich Informationen und Hilfsangebote, insbesondere regionale Angebote für Betroffene und Angehörige, Ärzte und Psychologen, Firmen und Organisationen, außerdem ein Selbsttest sowie multilinguale Informationen über Depressionen in mehr als zehn Sprachen.

Auf ifightdepression.com finden sich Informationen über Depressionen „für alle“, „für Familie und Freunde“, „für Multiplikatoren“ sowie „für Ärzte und Apotheker“. Neben einem Selbsttest gibt es auch Informationen über Möglichkeiten, sich selbst zu helfen und mit einer Depression umgehen zu lernen, sowie über Wege, die psychische Gesundheit und Selbstmanagement-Ressourcen zu stärken.

› **Informationen und Kontakt**
www.deutsche-depressionshilfe.de/ueber-uns/das-buendnis |
https://ifightdepression.com/de/

■ Welttag der Suizidprävention – Deutschland

Um die Öffentlichkeit auf die weitgehend verdrängte Problematik der Suizidalität aufmerksam zu machen, wird alljährlich der Welttag der Suizidprävention veranstaltet. Der Welttag der Suizidprävention wurde von der International Association for Suicide Prevention (IASP) und der Weltgesundheitsorganisation WHO das erste Mal für den 10. September 2003 ausgerufen.

In Deutschland wird der Aktionstag getragen vom Nationalen Suizid-Präventionsprogramm für Deutschland in Kooperation mit der Deutschen Akademie für Suizidprävention und der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention.

› **Informationen und Kontakt**
www.welttag-suizidpraevention.de | *www.iasp.info*

Literatur

Gängige Suchmaschinen weisen etwa 40.000 deutschsprachige Titel zu Suizid und 3.500 Titel zu Suizidprävention aus. Wird die Suche um das Stichwort Männer differenziert, reduziert sich die Trefferquote deutlich, wobei allerdings nur ein geringer Teil über die bloße Benennung von Männern und Frauen oder statistische Geschlechterverhältnisse hinauskommt. Vor diesem Hintergrund wird hier nur eine Auswahl relevanter, thematisch einschlägiger und qualitativ überzeugender Titel und Quellen aufgeführt – nach Möglichkeit mit Angabe einer Online-Verfügbarkeit.

Aktionsplan Suizidprävention Schweiz. www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/aktionsplan-suizidpraevention.html

Améry, Jean: Hand an sich legen: Diskurs über den Freitod. Stuttgart: Klett-Cotta, 182012.

Banaszczuk, Yasmina: Suizidparadox – Tödliche Geschlechterrolle. In: Spektrum Kompakt, Gendermedizin – Wie das Geschlecht die Gesundheit beeinflusst. Heidelberg, 2019. www.spektrum.de/news/suizid-paradox-toedliche-geschlechterrolle/1620966

Baumann, Lothar: Selbsttötungen in Baden-Württemberg und im übrigen Bundesgebiet. In: Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 3/2004, 21-23. www.statistik-bw.de/Service/Veroeff/Monatshefte/PDF/Beitrag04_03_05.pdf

BMASGK: Gender-Gesundheitsbericht. Schwerpunkt Psychische Gesundheit am Beispiel Depression und Suizid. Wien, 2019. https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=661

Bronisch, Thomas: Der Suizid. Ursachen, Warnsignale, Prävention. München: C.H. Beck, 62014.

Bühler, Christian: Männlichkeit und Suizidalität. Görlitz, 2020. www.socialnet.de/materialien/attach/622.pdf

Bundesamt für Gesundheit BAG: Zwischenstand Umsetzung Nationaler Aktionsplan Suizidprävention. Zürich, 2021. www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitspolitik/Suizidprvention/schlussbericht-ist-analyse-gesamtdokument.pdf.download.pdf/21-09-01_Schlussbericht Ist-Analyse_Gesamtdokument_d.pdf

DESTATIS: Todesursachen / Suizide. www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html

Deutsche Akademie für Suizidprävention (Hg.): Suizidprävention Deutschland. Aktueller Stand und Perspektiven. Kassel 2021. – www.naspro.de/dl/Suizidpraevention-Deutschland-2021.pdf

Durkheim, Emile: Der Selbstmord. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 152020.

Gebhardt, Rebekka: Suizidprävention bei Männern. Alters- und geschlechtsspezifische Settingansätze. Frankfurt a.M. 2018. https://forschen-und-teilen.de/wp-content/uploads/2019/06/FuT-500_Bachelor-Thesis-Rebekka-Gebhardt.pdf

GenderMed-Wiki: Geschlechterunterschiede bei Suizid und Suizidalität. 2017. https://gendermedwiki.uni-muenster.de/mediawiki/index.php/Geschlechterunterschiede_bei_Suizid_und_Suizidalität/Fachartikel

Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Suizid. www.gbe-bund.de/gbe/stichworte/Suizid.html

Hume, David: „Über den Freitod" und „Über die Unsterblichkeit der Seele". Zwei Essays. Stuttgart: Reclam, 2018.

Lindner, Reinhard: Suizidalität älterer Männer: Empirische Daten und klinische Hypothesen. In: Blickpunkt der Mann 2009; 7 (4) 21-27. www.kup.at/kup/pdf/8385.pdf

Macho, Thomas: Das Leben nehmen. Suizid in der Moderne. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 2017.

Männergesundheitsmanifest 2021 – Schwerpunkt psychische Gesundheit. www.stiftung-maennergesundheit.de/files/SMG/img/PM%20-%20Aufrufe%20-%20Stellungnahmen%20-%20Aktuelles/Männergesundheitsmanifest2021.pdf

Minois, Georges: Geschichte des Selbstmords. Düsseldorf, Zürich: Artemis & Winkler, 1996.

Möller-Leimkühler, Anne Maria: Depression bei Männern. Eine Einführung. In: Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie 2010; 11 (3), 11-20. www.kup.at/kup/pdf/9154.pdf

Möller-Leimkühler, Anne Maria: Vom Dauerstress zur Depression. Wie Männer mit psychischen Belastungen umgehen und sie besser bewältigen können. Munderfing: Fischer & Gann, 2016.

Neubauer, Gunter; Winter, Reinhard: Jungen- und männerbezogene Gesundheitsförderung und Prävention. In: Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg (Hg.): Jungen- und Männergesundheit in Baden-Württemberg. Stuttgart, 2015, 137-177. https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Publikationen/Maennergesundheitsbericht_2015.pdf

Plener, Paul L.; Freudenmann, Roland W.: Suizid. In: Harth, Wolfgang; Schuppe, Hans-Christian; Brähler, Elmar (Hg.): Praxishandbuch Männergesundheit: Interdisziplinärer Beratungs- und Behandlungsleitfaden. Berlin: MWV, 2012, 290-297. www.mwv-open.de/site/chapters/10.32745/9783954660162-3.7/download/2678/

Pörschmann, Dirk; Ahle, Tatjana; Linder, Reinhard / Museum für Sepulkralkultur (Hg.): Suizid – Let's talk about it! Bielefeld, Berlin: Kerber, 2021.

Ringel, Erwin: Der Selbstmord. Abschluss einer krankhaften Entwicklung. Eine Untersuchung an 745 geretteten Selbstmördern. Wien: Maudrich, 1953.

Rutz, Wolfgang: Depression und Suizidalität bei Männern in Europa. Ein Problem männlichen psychischen Leidens und männlicher Suizidalität. Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie 2010; 11 (3), 46-52. www.kup.at/kup/pdf/9159.pdf

Schulte-Wefers, Hella; Wolfersdorf, Manfred: Suizidalität bei Männern. In: Blickpunkt der Mann 2006; 4 (2) 10-18. www.kup.at/kup/pdf/5785.pdf

Schweig, Nicole: Suizid und Männlichkeit. Selbsttötungen von Männern auf See, in der Wehrmacht und im zivilen Bereich, 1893 - ca. 1986. Stuttgart: Steiner, 2016.

Stein, Claudius: Die Psychodynamik der Suizidalität. In: Psychotherapie Forum 23 (2019) 81-86. https://link.springer.com/article/10.1007/s00729-019-00124-2

Süfke, Björn: Männerseelen. Ein psychologischer Reiseführer. München: Goldmann, 2010.

Weißbach, Lothar; Stiehler, Matthias / Stiftung Männergesundheit (Hg.): Männergesundheitsbericht 2013. Im Fokus: Psychische Gesundheit. Göttingen: Hogrefe, 2013.

WHO: Preventing Suicide. A global imperative. 2014. www.who.int/publications/i/item/9789241564779

Wolfersdorf, Manfred; Etzersdorfer, Elmar: Suizid und Suizidprävention. Stuttgart: Kohlhammer, 2011.

Wolfersdorf, Manfred; Plöderl, Martin (2016): Geschlechterunterschiede bei Suizid und Suizidalität. In: Kolip / Hurrelmannn (Hg.): Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern: Hogrefe, 22016, 265-274.

Wolfersdorf, Manfred: Männersuizid. Warum sich „erfolgreiche" Männer umbringen. Gedanken zur Psychodynamik. In: Blickpunkt der Mann 2009; 7 (4) 38-41. www.kup.at/kup/pdf/8387.pdf

Wolfersdorf, Manfred: Tabuthema – Männerdepression. In: In: Harth, Wolfgang; Schuppe, Hans-Christian; Brähler, Elmar (Hg.): Praxishandbuch Männergesundheit: Interdisziplinärer Beratungs- und Behandlungsleitfaden. Berlin: MWV, 2012, 283-289. www.mwv-open.de/site/chapters/10.32745/9783954660162-3.6/download/2677/

Projekt männerbezogene Suizidprävention

Leitfaden für die Fokusgespräche

1. Welche Erfahrungen machen Sie mit Männern?

– in der Beratung allgemein? (v.a. im Vorfeld: Lebenskrisen, Depression usw.)

– speziell im Bereich Suizidprävention und Beratung? (bzw. wenn Suizidalität zum Thema wird)

2. Welche Besonderheiten zeigen sich, welche Unterschiede macht es – im Kontext Lebenskrisen, Depression, Suizidalität –, wenn es bzw. dass es um Männer geht?

– bei / mit den Männern selbst?

– für das jeweilige / mit dem jeweiligen Umfeld? (Familien, Umfeld, ggf. Arbeitsplatz)

– mit Männern / mit Frauen als Gegenüber? (in der Beratung)

3. Wie geht es Familien im Kontext Männer-Suizid (-prävention)? Was brauchen sie, wie könnte man sie stärken? (bei Lebenskrisen, Depression, Suizidalität)

4. Beratung und Suizidprävention: Warum wohl sind Männer weniger zugänglich? (Nachfrageseite)

5. Beratung und Suizidprävention: Warum erreichen Sie Männer weniger? (Angebotsseite)

6. In diesen Zusammenhängen: Welche Männer erreicht man gut, welche eher schlecht? (Lebenslagen, Lebensphasen, Vielfaltsaspekte) Um wen sollte man sich besonders kümmern?

7. In diesen Zusammenhängen: Womit machen Sie gute Erfahrungen? Womit erreicht man Männer gut? Welche Tipps für die „gute Praxis“ gibt es?

8. Wie lassen sich Beratungsangebote für Männer womöglich entgegenkommender gestalten?
Wie könnten Zugänge und ggf. die „Überweisung“ (Vermittlung) verbessert werden?

9. Was haben Sie schon unternommen, um mehr Männer bzw. Männer besser zu erreichen? (bei Lebenskrisen, Depression, Suizidalität)
Welche Erfahrungen haben Sie dabei gemacht?

10. Was müsste man ändern, anpacken?

11. Was würde Ihnen helfen, Ihre Arbeit mit Männern im Bereich Suizidprävention und Beratung zu verbessern?

12. Was würde Männern helfen, zugänglicher zu werden, d.h. Hilfe zu suchen und anzunehmen?

■ **Und was gibt es sonst noch zu sagen?**

Die Partner im Projekt „Männerbezogene Suizidprävention“

Kompetenzzentrum Jungen- und Männergesundheit Baden-Württemberg – komm b-w
c/o SOWIT
www.maennergesundheit-bw.de
post@maennergesundheit-bw.de

komm b-w
Kompetenzzentrum Jungen- und Männergesundheit Baden-Württemberg

SOWIT – Sozialwissenschaftliches Institut Tübingen
Ringstraße 7 | D 72070 Tübingen
www.sowit.de | info@sowit.de
+49 7071 975 813

SOWIT
Sozialwissenschaftliches Institut Tübingen

AKL – Arbeitskreis Leben Reutlingen / Tübingen
Österbergstraße 4 | 72074 Tübingen
www.akl-krisenberatung.de | akl-tuebingen@ak-leben.de
07071 922 10
Youth-Life-Line – Online-Beratung für Jugendliche und junge Erwachsene
www.youth-life-line.de
info@youth-life-line.de

Beratung bei Lebenskrisen und Selbsttötungsgefahr
Arbeitskreis Leben

Landeshauptstadt Stuttgart – Abteilung für Chancengleichheit und Diversity
Eberhardstraße 61 | 70173 Stuttgart
www.stuttgart.de/vv/verwaltungseinheit/abteilung-fuer-chancengleichheit-und-diversity.php
olcay.miyanyedi@stuttgart.de
0711 216 80441

Online Jugendberatung im Arbeitskreis Leben
Youth-Life-Line.de

Netzwerk Männerberatung Stuttgart
c/o Landeshauptstadt Stuttgart – Abteilung für Chancengleichheit und Diversity
www.maennerberatung-stuttgart.de

STUTTGART

LAGJ – Landesarbeitsgemeinschaft Jungenarbeit Baden-Württemberg
Lindenspürstr. 32 | 70176 Stuttgart
www.lag-jungenarbeit.de
info@lag-jungenarbeit.de
0711 656 689 00

LAGJ
Landesarbeitsgemeinschaft Jungenarbeit Baden-Württemberg e.V.

Landratsamt Göppingen Gesundheitsamt
Wilhelm-Busch-Weg 1 | 73033 Göppingen
www.landkreis-goeppingen.de/start/Landratsamt/Mann_+bleib+gesund_.html
a.kadel@lkgp.de
07161 202 59 10

LANDKREIS GÖPPINGEN

Das Thema Suizid bei Männern forciert anzugehen war eine zentrale Handlungsempfehlung aus dem Männergesundheitsbericht Baden-Württemberg 2015. Angebote der Suizidprävention und Krisenberatung müssen so weiterentwickelt werden, dass Männer besser als bisher erreicht, geschützt, in ihren sozialen Bezügen gestärkt, „im Leben gehalten“ werden.

Im Projekt „Männerbezogene Suizidprävention“ (2020 - 2021) wurden dazu Erfahrungen guter, gelingender Praxis in der männerbezogenen Prävention und Beratung aufbereitet. Die bessere Erreichung von Männern wurde dann zusammen mit den Projektpartnern in zahlreichen Fachgesprächen, bei Veranstaltungen für Fachkräfte und Öffentlichkeit sowie in unterschiedlichen Praxiszusammenhängen angegangen und in ersten Schritten umgesetzt.

Diese Broschüre zur männerbezogenen Suizidprävention enthält wichtige Basisinformationen, sie bündelt die Projekterfahrungen und unterstützt Fachkräfte darin, sich Männern im Kontext von Krisenberatung und Suizidprävention erfolgreich zuzuwenden.