

- EHRENBURG A (2004) Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Frankfurt a.M.: Campus
- FREUD S (1917) Trauer und Melancholie. GW X, 428 - 446
- GERISCH B (1998) Suizidalität bei Frauen. Mythos und Realität — Eine kritische Analyse. Tübingen: edition diskord
- GERISCH B (1998a) „This is not death, it is something safer“: A psychodynamic approach to Sylvia Plath. Death Studies, 22, S. 735-761
- GERISCH B (2000) „Denn die Gestalt meiner Sehnsucht ist — weiblich“. Psychoanalytische Hypothesen zur Suizidalität und zum Suizid von Marina Zwetajewa. In: KELLER U (Hrsg.) »Nun breche ich in Stücke...« Leben, Schreiben, Suizid, S. 69- 115. Berlin: Vorwerk 8
- GERISCH B (2003) Die suizidale Frau. Psychoanalytische Hypothesen zur Genese. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- GOODWIN J, HARRIS D (1979) Suicide in pregnancy: The Hedda Gabler Syndrom. Suicide and Life-Threatening Behavior, 9, S. 105-115 von HOFF D, LEUZINGER-BOHLEBER M (1997) Psychoanalytische und textanalytische Verständigungen zu Ellriede Jelineks „Lust“. Psyche, 51, S. 763 - 800
- IBSEN H (1891) Hedda Gabler. Stuttgart: Reclam, 1988
- KENNEL R, REERINK G (Hrsg.) (1997) Klein — Bion. Eine Einführung. Tübingen: edition diskord
- LORENZER A.(1988) Tiefenhermeneutische Kulturanalyse. In: KÖNIG H, LORENZER A (Hrsg.) Kultur-Analysen (S. 11 - 98). Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- PLATH S (1990) Ariel. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- RAGUSE H (1991) Leserlenkung und Übertragungsentwicklung — . Stuttgart: Metzler

Korrespondenzadresse:

Priv.-Doz. Dr. phil. Benigna Gerisch
Therapiezentrum für Suizidgefährdete
an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
E-mail: gerisch@uke.uni-hamburg.de

Kolumne: Rauchzeichen aus dem DGS-Vorstand

Herausforderungen für die Suizidprävention in Non-Profitorganisationen

Thomas Giernalczyk

In diesen Rauchzeichen möchte ich einige Überlegungen zu den Institutionen, die Suizidprävention betreiben, anstellen und mich dabei auf die Non-Profit-Organisationen der Suizidprävention beschränken.

In Deutschland erfolgt die Suizidprävention zu einem guten Teil in Non-Profitorganisationen (NPOs). NPOs sind ein selbstverständlicher Sektor des wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Lebens in Westeuropa. Sie prägen Teile des Sozialwesens und tragen zum Gesundheitswesen bei. Sie sind als Vereine, gemeinnützige GmbHs oder Verbände organisiert und verfolgen ihre Missionen, ohne dass sie Gewinne abschöpfen dürfen. Gewinne, die anfallen müssen wieder direkt in die Aufgaben hineingesteckt werden. Sie zeichnen sich oft durch Selbstverwaltung, Freiwilligkeit und die Zusammenarbeit von Ehrenamt und Berufsarbeit aus (vgl. Heltzel 2005).

Einige NPOs haben Suizidprävention und Krisenhilfe in das Zentrum ihrer Mission gestellt und bauen ihre Arbeit entsprechend dieser Ziele auf. Zu ihnen gehören Einrichtungen wie die Arche in München, Neuhland in Berlin, die AKL in Baden-Württemberg oder der Krisendienst Mittelfranken, um nur einige von ihnen zu nennen. Andere NPOs verfolgen primär andere Missionen wie Ehe- und Familienberatung, betreiben Heime für Kinder und Jugendliche oder Notfallseelsorge und betreiben in diesem Rahmen primäre Suizidprävention.

Die gegenwärtige Realität der Einrichtungen

Alle NPOs müssen sich derzeit einer harten Realität stellen, die ihre Arbeit erschwert und große Veränderungsleistung erfordert. Auf der einen Seite sind sie gezwungen, wirtschaftliche Prinzipien viel stärker zu berücksichtigen, und auf der anderen Seite wird die finanzielle Unterstützung durch den Staat immer enger und an mehr Bedingungen geknüpft.

Damit stehen die Einrichtungen unter einem stärkeren Rechtfertigungsdruck. Das betrifft sowohl die Verwendung der Mittel, als auch die Organisation ihrer Arbeit und nicht zuletzt die von ihnen verfolgten Ziele. Auch Einrichtungen der Suizidprävention müssen ihre Mission in einer Zeit, in der eine fragwürdige Diskussion von Sterbehilfe die Gazetten füllt, stärker begründen und haben etwas an Selbstverständlichkeit verloren.

Aufgrund knapperer Mittel der öffentlichen Hand bei gleichzeitig konstanter und oftmals steigender Nachfrage der Klientel haben die meisten NPOs mit einer enormen Arbeitsverdichtung zu kämpfen. Nun gehört es aber zum Wesen von Suizidprävention und Krisenintervention, dass es institutionelle Puffer gibt, die einen aktuellen Notfall auffangen können. Werden alle Ressourcen immer vollständig beansprucht, so fällt es schwer, akuten Notlagen gerecht zu werden. Ganz abgesehen von der Frage, wie viel durchgehendes Engagement von den Mitarbeitenden geleistet werden kann ohne vorschnell auszubrennen.

Alle Einrichtungen sind der raschen technologischen Entwicklung ausgesetzt und müssen ihr in angemessener Form begegnen. Immer mehr Geldgeber wünschen datengestützte Dokumentationen und QM und immer mehr Nutzer suchen den Kontakt auch über das Internet zu den Einrichtungen. Aus diesem Grunde müssen sie Ressourcen bereitstellen, um für sie wichtige Trends aufzunehmen und sich ihnen mit ihren Verwaltungsstrukturen und Hilfsangeboten daran anzupassen.

Die Finanzierungsstrukturen wandeln sich derzeit erheblich. Geldgeber operationalisieren immer genauer, wofür sie Mittel zur Verfügung stellen, und erheben immer höhere Anforderungen an die Dokumentation der Leistungen. Es ist sehr schwierig für ein bestehendes

Angebot mehr Mittel zu bekommen, auch wenn die Nachfrage der Klientel deutlich zunimmt. Entsprechend einer gewissen „neu ist gut“ Logik ist es am ehesten möglich, für neue Projekte Geld zu bekommen, nachdem man diese eine Zeit lang ohne Bezuschussung vorgeleistet hat.

Viele Einrichtungen der Suizidprävention wurden seit den 70er Jahren als basisdemokratisch inspirierte und teilweise alternativ gedachte Projekte gegründet. Was als Initiative engagierter Gründer gestartet wurde, ist nun in eine Phase organisatorischer Ausdifferenzierung gekommen. Die Organisationen haben eine gewisse Größe erreicht und bestehen aus einem komplizierten Geflecht unterschiedlicher Projekte und Bereiche. Mitunter arbeiten altgediente Gründungsmitglieder gemeinsam mit jungen Mitarbeitenden, die die ursprüngliche Philosophie oft nur bedingt teilen und von den „alten 68ern“ eher peinlich berührt werden.

Insgesamt geht es um die Frage, ob die Einrichtungen der Suizidprävention sich dem Druck der Ökonomisierung stellen können, ohne ihre Fähigkeit zur Suizidprävention und Krisenintervention zu verlieren und ob es ihnen gelingt, den Kommerzialisierungsdruck mit Prinzipien der Suizidprävention zu vereinbaren.

Herausforderungen für die Einrichtungen

Es sollen nun einige Herausforderungen aufgezeigt werden, die von den NPOs der Suizidprävention gemeistert werden müssen, damit sie unter den skizzierten Bedingungen weiter erfolgreich arbeiten können (vgl. Giernalczyk 2002):

Auf der einen Seite sollen die Einrichtungen klar an den Kernzielen der Suizidprävention orientiert bleiben. Dabei sollen sie aber auf der anderen Seite nicht an dem Althergebrachten klammern. Dadurch würden sie unbeweglich werden und könnten nicht die von der Umwelt erforderten Anpassungen leisten.

Eine wichtige Anforderung besteht darin, humane Grundhaltungen gegenüber der Klientel und innerhalb der Teams beizubehalten und dabei gleichzeitig mehr als in der Vergangenheit auf Wirtschaftlichkeit und effiziente Abläufe zu schauen. Es geht darum, einem falschen „Entweder-oder“ vorzubeugen und beständig an einem „Sowohl-als-auch“ von humanen und wirtschaftlichen Zielen zu arbeiten. Insbesondere sollten Spaltungen zwischen „wirtschaftlicher Verwaltung“ und „humanem Team“ entgegengearbeitet werden.

Auf der einen Seite sind die NPOs der Suizidprävention oft von Strukturen wie in einem Familienbetrieb oder innerhalb von Freundschaftskreisen geprägt. Auf diese Weise bestehen viele persönliche Beziehungen, und den Eigenarten der Mitarbeitenden wird weitgehend Rechnung getragen. Oft leisten hochmotivierte Mitarbeitende sehr eigenständig spezielle Dienstleistungen und ziehen daraus wiederum ihre Motivation. Auf der anderen Seite erfordert die härtere Umwelt inzwischen ein größeres Maß an organisierter Struktur und einer Differenzierung zwischen Bereichen und einzelnen Mitarbeitenden. Aus diesem Grund gilt es möglichst, unter Beibehaltung der motivierenden

Freiräume dennoch eine weitergehende Strukturierung der Aufgaben vorzunehmen. Eine Gefahr bestünde darin, sich vor organisatorischen Weiterentwicklungen zu verschließen und damit verbundene Vorteile nicht zu nutzen.

Unsere Einrichtungen werden oft von ehrenamtlichen Vorständen geleitet und eine Ebene darunter von angestellten Geschäftsführern gemanagt. Oft führen die Geschäftsführer ihre Mitarbeiter und den Vorstand, indem sie deren Arbeit weitgehend mit übernehmen. Die ehrenamtlichen Vorstände sind nicht selten zeitlich und auch inhaltlich überfordert, wenn ihre Aufgabe auch als strategische Lenkung der Einrichtung verstanden wird. Damit der strategische Teil der Führung der Einrichtungen nicht in einem Niemandsland verschwindet, brauchen die Vorstände und Geschäftsführer eine permanente Reflexion des Verhältnisses von Hauptberuflichen und Ehrenamtlichen bei der sie sich als ein Führungsteam verstehen.

Insgesamt plädiere ich ebenso wie Heltzel (dessen Artikel ich ein Reihe von Anregungen für diese Rauchzeichen verdanke) dafür, dass auch Non-Profit-Einrichtungen der Suizidprävention sich verstärkt einem unternehmerischen Denken stellen. Das fängt damit an, dass ein Führungsteam gemeinsam plant, Maßnahmen beschließt, diese umsetzt und deren Auswirkungen kontrolliert, und geht damit weiter, dass auch die helfenden Mitarbeitenden stark in die Herausforderungen und Problemlagen mit eingebunden werden, damit sie unternehmerisches Denken nicht als etwas Fremdes gegen sie Gerichtetes erleben müssen, sondern selbst inspiriert werden, dass sie damit sowohl den humanen Zielen der Suizidprävention dienen, als auch das Überleben ihrer Organisation sichern können.

Berichte

Suizidrisiko bei Epilepsie

Eine soeben von der englischen Fachzeitschrift *Lancet* vorab online publizierte dänische Studie der Universität Aarhus weist auf ein deutlich erhöhtes Suizidrisiko bei Epilepsiekranken, insbesondere im ersten Halbjahr nach Diagnosestellung, hin.

Über das dänische Sterberegister wurden aus den Jahren 1981-97 insgesamt 21 169 Suizidote identifiziert und nach vielfältigen Gesichtspunkten mit 423 128 nicht am Suizid verstorbenen Personen verglichen. Von den Suizidtoten hatten 2,32% an Epilepsie gelitten gegenüber 0,74% in der Kontrollgruppe. Nach Herausnahme aller Personen mit psychiatrischer Vorgeschichte und Korrektur nach sozioökonomischen Gesichtspunkten war das Suizidrisiko im Vergleich zur Kontrollgruppe bei den Epilepsiekranken noch immer doppelt so hoch (RR 1.99). Das höchste Suizidrisiko betraf Patienten mit Epilepsie und psychiatrischer Komorbidität, auch nach Korrektur nach sozioökonomischen Faktoren (RR 13.7). Bei den Epilepsiekranken war das Suizidrisiko im ersten Halbjahr nach Diagnosestellung am höchsten (RR 5.35), vor allem bei denen mit begleitender psychiatrischer Erkrankung (RR 29.2).

Die Autoren betonen in ihrer Schlussfolgerung, dass Menschen mit neu diagnostizierter Epilepsie eine besondere Risikogruppe für Suizid darstellen und deshalb besonderer Aufmerksamkeit bedürften.

(J. Christensen, M. Vestergaard, P.B. Mortensen, P. Sidenius, E. Agerbo: Epilepsy and risk of suicide: a population-based case-control study. *Lancet Neurology* 4 July 2007) hw

M (Hg.) Gruppenanalytische Supervision und Organisationsberatung. Gießen, S. 11-52

Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Thomas Giemalczyk ist Beisitzer im Vorstand der DGS (seit 1994) '
70 Jahre Golden Gate Bridge

Ende Mai dieses Jahres wurde die vielleicht berühmteste Brücke der Welt, die Golden Gate Bridge bei San Francisco, 70 Jahre alt. Sie ist zugleich die berüchtigtste Brücke der Welt: seit Ihrer Eröffnung im Jahr 1937 nahmen sich niemals 1250 Menschen durch einen Sprung hinab in den Pazifik das Leben, in diesem Jahr (bis Ende Mai)

bereits 17. Weitere 40 Personen wurden in den ersten 5 Monaten 2007 vom Sprung rechtzeitig abgehalten.

Zeitgerecht zum Brückenjubiläum wurde ein aufwändiges Gutachten zur Verbesserung der technischen Suizidprävention veröffentlicht. Es stellt bereits den achten Versuch in der Brückengeschichte dar, Maßnahmen gegen die häufigen Suizide zu ergreifen. Fazit: Es ist durchaus möglich, bessere Barrieren zur Suizidverhinderung einzurichten. Diskutiert werden in dem Gutachten drei alternative Wege: eine Erhöhung des bestehenden - im mittleren Teil der Brücke nicht mehr als 1,20 m hohen - Geländers, ein insgesamt neues, höheres und anders konstruiertes Geländer und ein seitlich angebrachtes