

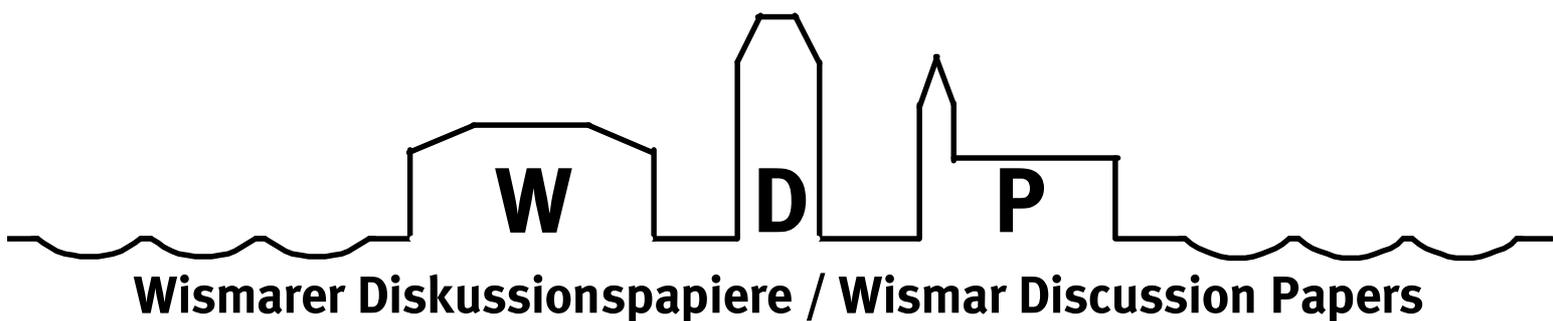


Fakultät für Wirtschaftswissenschaften
Wismar Business School

Barbara Bojack

Der Suizid im Kinder- und Jugendalter

Heft 02 / 2010



Die Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der Hochschule Wismar, University of Applied Sciences – Technology, Business and Design bietet die Präsenzstudiengänge Betriebswirtschaft, Wirtschaftsinformatik und Wirtschaftsrecht sowie die Fernstudiengänge Betriebswirtschaft, Business Consulting, Business Systems, Facility Management, Quality Management, Sales and Marketing und Wirtschaftsinformatik an. Gegenstand der Ausbildung sind die verschiedenen Aspekte des Wirtschaftens in der Unternehmung, der modernen Verwaltungstätigkeit, der Verbindung von angewandter Informatik und Wirtschaftswissenschaften sowie des Rechts im Bereich der Wirtschaft.

Nähere Informationen zu Studienangebot, Forschung und Ansprechpartnern finden Sie auf unserer Homepage im World Wide Web (WWW): <http://www.wi.hs-wismar.de/>.

Die Wismarer Diskussionspapiere/Wismar Discussion Papers sind urheberrechtlich geschützt. Eine Vervielfältigung ganz oder in Teilen, ihre Speicherung sowie jede Form der Weiterverbreitung bedürfen der vorherigen Genehmigung durch den Herausgeber.

Herausgeber: Prof. Dr. Jost W. Kramer
Fakultät für Wirtschaftswissenschaften
Hochschule Wismar
University of Applied Sciences – Technology, Business
and Design
Philipp-Müller-Straße
Postfach 12 10
D – 23966 Wismar
Telefon: ++49/(0)3841/753 441
Fax: ++49/(0)3841/753 131
E-Mail: jost.kramer@hs-wismar.de

Vertrieb: HWS-Hochschule Wismar Service GmbH
Phillipp-Müller-Straße
Postfach 12 10
23952 Wismar
Telefon:++49/(0)3841/753-574
Fax: ++49/(0) 3841/753-575
E-Mail: info@hws-wismar.de
Homepage: <http://cms.hws-wismar.de/service/wismarer-diskussions-brpapiere.html>

ISSN 1612-0884

JEL-Klassifikation J13, J10

Alle Rechte vorbehalten.

© Hochschule Wismar, Fakultät für Wirtschaftswissenschaften, 2010.

Printed in Germany

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	4
2. Prävalenz im Kinder- und Jugendalter	4
3. Geschlechtsverteilung	5
4. Schichtenabhängigkeit	6
5. Methoden	6
6. Suizidtheorien	6
7. Ursachen, Auslöser, belastende Lebensereignisse	9
8. Prävention und Behandlung	10
9. Schlusswort	11
Literaturliste	12
Autorenangaben	13

1. Einleitung

„Suizid“ kommt vom lateinischen „sui caedere“ (sich töten, sich fällen). Der Suizid ist als „Akt selbstzugefügter Lebensbeendigung anzusehen“ (Bründel 1993: 25). Der Suizid bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist eine besonders dramatische Form der Problembewältigung: Suizidgedanken sind um so wahrscheinlicher, wenn Jugendliche unter depressiven Verstimmungen leiden, sich (immer wieder) isoliert, unverstanden und abgewiesen fühlen, und ihre eigenen Probleme als hoffnungslos-unlösbar, existentiell und bedrohlich erleben. Das heute leider auch in Schulklassen verbreitete Mobbing kann auch zu suizidalen Handlungen beitragen.

Der Suizid wird in den meisten Religionen und Kulturen als „Schande“ oder „Sünde“ angesehen. So war eine kirchliche Bestattung von „Selbstmördern“ nach katholischem Kirchenrecht („Codex kanonischen Rechts“) noch bis 1983 in Deutschland zumindest umstritten.

Vor dem Hintergrund der Amokläufe von Ansbach, Winnenden und Erfurt werden bei den Tätern letztlich auch suizidale Motive vermutet: der eigene Tod wird bereits beim Vorbereiten des Amoks billigend in Kauf genommen (Schusswaffeneinsatz der Polizei), um dem eigenen „wert- und sinnlosen“ Leben wenigstens so noch ein spektakuläres Ende zu setzen.

Die Ohnmacht und Fassungslosigkeit der Zurückbleibenden (vor allem der Eltern, aber auch der Lehrer!) ist vor allem beim Suizid von jungen Menschen besonders groß.

2. Prävalenz im Kinder- und Jugendalter

Nach dem Unfalltod stellt der Suizid die zweithäufigste Todesursache im Alter bis zu 20 Jahren dar. „Selbsttötungsversuche steigen gerade in der Pubertät stark an. Am häufigsten betroffen sind Jugendliche zwischen 15 und 19 Jahren“ (Niklewski/Rieke-Niklewski 2008: 196). Oft stellt sich nachträglich heraus, dass 75 % der Jugendlichen, die sich umgebracht haben, bereits als Kinder entsprechende „Versuche“ unternommen hatten (Niklewski/Rieke-Niklewski 2008: 197). Die Suizidrate bei Kindern unter 10 Jahren ist sehr niedrig (ein Todesfall im Jahr 2007), auch weil die intellektuelle Fähigkeit zur Vorbereitung eines „erfolgreichen“ Suizids bei Kindern – glücklicherweise – noch fehlt.

Über Suizidversuche allgemein (und entsprechend im Kinder- und Jugendalter) liegen keine sicheren Daten vor: Die Zahl der bemerkten und unbemerkten Suizidversuche von jungen Menschen liegt geschätzt bei ca. 40 am Tag (in Deutschland gibt es seit 1963 keine Verpflichtung zur Meldung von Suizidversuchen mehr). 85% aller Menschen, die Suizidversuche begangen haben, versuchen es erneut, der nächste Versuch ist dann in 10% der Fälle erfolgreich.

Anders verhält es sich bei den erfassten Suiziden. Das Statistische Bundes-

amt weist für das Jahr 2007 in der Gruppe der 10-14 Jährigen 23 Selbsttötungen und in der Gruppe der 15-19 Jährigen 196 Selbsttötungen auf. In dieser letzten Gruppe sind die jungen Männer mit 149 erfolgten Suiziden (gegenüber 47 jungen Frauen) besonders häufig vertreten. Es zeigt sich damit, dass junge Männer bis zu dreimal häufiger Suizide verüben als gleichaltrige junge Frauen, was im Übrigen auch für höhere Altersgruppen gilt.

Von den insgesamt 9.402 Suiziden im Jahr 2007 ergibt sich damit ein scheinbar nur kleiner Anteil von 220 Fällen (im Alter zwischen 10 und unter 20 Jahren waren es 219 Fälle und bei den unter 10 Jahre alten Kindern war ein Suizid zu verzeichnen), also weniger als 3%; allerdings ist die hohe Anzahl von missglückten Suizidversuchen auffällig, die meist weitere Versuche auslösen, und irgendwann auch tödlich enden können. Die Gesamtzahl aller amtlich festgestellten Suizide ist in Deutschland seit Jahren leicht rückläufig; im Jahr 2000 wurden 272 Suizide im Alter von 10 bis unter 20 Jahren erfasst.

Gründe, den Tod nicht als Suizid zu benennen, liegen in der Scham der Eltern, ihrer Angst vor Schuldzuweisung („wir haben versagt“) und vor der Reaktion der Umwelt („schlechtes Elternhaus“). Ein Suizid wird manchmal auch von Fachleuten (Ärzten, Polizei) nicht als solcher erkannt (versehentliche Drogenüberdosis, Unfälle aus angeblichem Leichtsinn), wenn die individuelle Vorgeschichte nicht bekannt ist.

Die Anzahl der Suizide bei Jugendlichen ist in Großstädten doppelt so hoch wie auf dem Land (besondere Schwerpunkte sind Berlin und Frankfurt). Bei Jugendlichen, die sich in einer Berufsausbildung befinden, ist die Gefahr eines Suizids geringer als bei Schülern. Die meisten Suizide ereignen sich im Frühjahr und Herbst, am häufigsten an Montagen.

3. Geschlechtsverteilung

Mädchen wollen sich drei Mal so oft das Leben nehmen wie Jungen. Allerdings führt der Suizidversuch bei den Jungen drei Mal häufiger zum Tod als bei den Mädchen. Der Grund dafür könnte in den unterschiedlichen Beweggründen für den Suizid liegen.

Männliche Jugendliche wählen „härtere“ Mittel, wie z.B. erhängen, erschießen oder sich vor den Zug werfen. Sie wollen den Suizid „durchziehen“, reine Versuche sind seltener. Suizidversuche von Mädchen und Frauen hingegen weisen oft einen deutlicheren Appellcharakter auf und sollen nicht zwangsläufig zum Tod führen (s. Kap. 7).

Mädchen und Frauen bringen sich oft in der Nähe des Elternhauses bzw. ihrer Wohnung um. Jungen und junge Männer dagegen wählen vielfach einen weiter entfernt liegenden Ort, so dass die Wahrscheinlichkeit, rechtzeitig aufgefunden zu werden, relativ geringer ist (Israel et al. 2001).

4. Schichtenabhängigkeit

Die soziale Schicht (Elternhaus, Bildung) spielt beim Suizid keine Rolle. Es gibt allerdings Untersuchungen aus den USA, dass sich weiße Jugendliche doppelt so häufig das Leben nehmen wie schwarze Jugendliche. Erklärt wird es damit, dass „das Netz sozialer Beziehungen“ (Crepet 1996: 53) unter Schwarzen viel dichter sei. Dies könnte auch eine Erklärung für das Stadt-Land-Gefälle sein (siehe Kapitel 2). Inwieweit dies auch für deutsche Jugendliche aus Migrantenfamilien gilt, ist bisher nicht untersucht. Es darf allerdings unterstellt werden, dass sich Jugendliche in Deutschland insgesamt ähnlich verhalten, und Religion, Nation oder Hautfarbe keinen signifikanten Einfluss haben.

5. Methoden

Von den folgenden Suizidmethoden machten 2007 die Kinder und Jugendlichen beiderlei Geschlechts im Alter von 10 bis unter 20 Jahren, Gebrauch. Von insgesamt 9.402, wobei hierin 1 Fall im Alter von unter 10 Jahren durch Ertrinken verübt wurde, verteilen sich die Fälle auf die verschiedenen Methoden wie folgt:¹

- Erhängen: 243 Fälle,
- Erschießen: 14 Fälle,
- Vergiften: 60 Fälle,
- Ertränken: 5 Fälle,
- Sturz aus großer Höhe: 97 Fälle,
- Sich werfen oder legen vor sich bewegende Objekt/KFZ: 132 Fälle,
- Sonstige: 29 Fälle.

Jugendliche über- bzw. unterschätzen jedoch oft die Mittel. So kann aus einem Selbstmordversuch, der eigentlich nur ein Hilferuf sein sollte, ungewollt ein vollendeter Suizid werden, oder es können zum Suizid Entschlossene doch noch gerettet werden.

6. Suizidtheorien

In der Literatur werden verschiedene Suizidtheorien benannt, die im Folgenden kurz vorgestellt werden.

a) Die **soziologische Suizidtheorie** geht auf Durkheim zurück und richtet vor allem den Blick auf die Gesellschaft. Der Suizid wird als eine „Störung in der Beziehung zwischen dem Individuum und der Gesellschaft“ gesehen (Bründel 1993: 45).

Diese Theorie geht davon aus, dass es zu wenig Beziehungsangebote für den einzelnen in der Gesellschaft und zu wenig individuelle Zuwendung

¹ Vgl. Statistisches Bundesamt (2009).

gibt, was zum Gefühl von Einsamkeit und Unerwünschtsein führen kann. Drei Typen des Suizids werden unterschieden:

Der *egoistische Selbstmord* aus „Entfremdung, Vereinsamung und Isolation“ heraus, da das Individuum über ein mangelndes Gemeinschaftsbewusstsein verfügt und nicht mit ihr verbunden ist. Im Gegensatz dazu steht der *altruistische Selbstmord* bei denjenigen, die eine zu gering ausgeprägte Individualität aufweisen und sehr stark von der Gesellschaft abhängig sind. Als dritten Typus beschreibt Bründel den *anomischen Selbstmord*, bei dem „das Individuum an der Regel- und Grenzenlosigkeit seines Handelns leidet und daran, dass ihm die Gesellschaft keine regulative Kraft entgegensetzt“ (Bründel 1993: 45, 273ff).

- b) Nach der **psychoanalytischen Suizidtheorie**, die vor allem von Freud geprägt wurde, kommt es zu einer Aggressionsumkehr. Wenn man enttäuscht oder gekränkt wird, empfindet man unbewusst Hass, Rachegefühle und hegt sogar Mordgedanken. Diese werden aber nicht gegen andere Personen, sondern gegen das eigene Ich gerichtet.
- c) Bei der bis heute verbreiteten und anerkannten **psychodynamischen Suizidtheorie** ist besonders der Begriff des präsuizidalen Syndroms von Ringel (1953) hervorzuheben. Damit ist ein dauerhafter seelischer Zustand gemeint, der schon lange vor dem Suizid besteht und durch Einengung, Aggression und Selbstmordphantasien gekennzeichnet ist. In der subjektiven Einschätzung herrscht eine Einengung und Bedrohung vor, eine pessimistische Gegenwarts- und Zukunftssicht ist erkennbar. Auch „ihre Kindheit erscheint ihnen traurig und leer, ihnen ist, als ob sie nie gelebt hätten“ (Bründel 1993: 49). Jugendliche, die depressiv sind, sind besonders gefährdet: Sie isolieren sich, brechen auch Freundschaften ab. Eine Verachtung und Entwertung der eigenen Persönlichkeit findet statt. Selbstvertrauen und Vertrauen zu anderen Menschen schwinden zunehmend. Hinzu kommt die Aggression, die „gehemmt“ und gegen sich selbst gerichtet ist, da die eigentlichen Objekte (Eltern, Freunde) übermächtig erscheinen. Mit dem Suizid sollen diese Personen bestraft werden. Solche Flucht- und Selbstmordphantasien können sich schrittweise vom Wunschtraum, tot zu sein, über die Planung der Methode bis hin zur totalen „Faszination des eigenen Todes“ konkretisieren.

Bei Kindern und Jugendlichen können chronische Symptome des psychosomatischen Formenkreises (Magen-Darm-Beschwerden, Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen, Schwächegefühle, Schwindelgefühle, Müdigkeit und Schlaflosigkeit) auch auf Suizidalität hinweisen. Bemerkenswert erscheint, dass Jugendliche meist ihre Absicht äußern: „Ich mache Schluss“, „mich wird ja doch niemand vermissen“, „bald habe ich ganz viel Zeit“ (Bründel 1993: 50); „Ich will sterben“, „Ich habe keine Lust mehr zu leben“, oder auch in weniger deutlicher Weise wie z.B. „Ich möchte schlafen und nicht mehr aufwachen“, „Bald wird der ganze Mist vorbei sein“ (Crepet 1996:

175).

Aber auch eine plötzliche Leistungsverweigerung in der Schule, auch Schulschwänzen, von der Schule oder von zu Hause weglaufen, Abwendung von den Eltern, fehlende Gesprächsbereitschaft, fehlendes Interesse an Dingen, die die Familie betreffen, schwindendes Interesse an früheren Hobbys oder bestehenden Freundschaften (Bründel 1993: 50) sollten alarmierend wirken.

Ergänzt werden können diese Signale durch eine Liste, die von Judy Smith aufgestellt wurde: „Traurigkeit und plötzliches Weinen, Nachlassen der Energien, Verlängerung oder plötzliche Verkürzung der Schlafzyklen, Zunahme oder plötzliche Abnahme des Appetits, Zunahme der Lustlosigkeit und der Langeweile, Verminderung der Fähigkeit sich zu konzentrieren und Entscheidungen zu treffen, plötzliche Veränderung der Stimmungslage (von einem scheuen und spröden Charakter zu einem euphorischen und aufgeregten oder umgekehrt), die Neigung zornig zu werden und zu streiten und dann lange Zeit zu schweigen, das Aufgeben sozialer Aktivitäten, die Neigung zum Alleinsein, der Verlust von sozialen und sportlichen Interessen, jähe Verschlechterung der schulischen Leistung, sich im Unterricht leicht ablenken lassen, grundloser Verzicht auf Dinge, die dem Schüler vorher gehört haben, Zunahme riskanter Verhaltensweisen (Motorrad- oder Autorennen), Zunahme von Schuldgefühlen, Verminderung der Selbstachtung, Verlust von Hoffnung, erhöhter Konsum von Alkohol und Drogen, Vernachlässigung der äußeren Erscheinung und der Hygiene, Anspielungen auf den Tod in Aufsätzen, in Gedichten oder in anderen schriftlichen Aufzeichnungen, plötzliches Desinteresse für die Ausarbeitung von Zukunftsplänen, tiefgehende Veränderungen im sexuellen Verhalten“ (Crepet 1996: 176).

- d) Die **stresstheoretischen Ansätze zur Erklärung des Suizidgeschehens** besagen, dass belastende Lebensereignisse (z.B. Scheidung der Eltern) auf die Jugendlichen einwirken. Entscheidend ist aber nun, wie diese subjektiv von der betroffenen Person bewertet werden und welche Bewältigungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen und genutzt werden.

Wenn man kein Selbstvertrauen besitzt, alles pessimistisch gesehen wird, man sich überfordert fühlt, Hoffnungslosigkeit dominiert und man keine Möglichkeit sieht, die unerträgliche Situation zu beseitigen, können Suizidgedanken entstehen. In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass bei suizidalen Jugendlichen passives Bewältigungsverhalten (grübeln, vermeiden) festgestellt wurde. Deshalb wird auch von Bründel behauptet, dass mindestens einer der beiden Faktoren, Belastung oder Depression gemeinsam mit passivem Bewältigungsverhalten auftreten muss, um einen Jugendlichen als suizidgefährdet zu bezeichnen.

- e) Betrachtet man die **lernpsychologischen Erklärungsansätze**, ist suizidales Verhalten erlernt und als fehlgeschlagenes Bewältigungsverhalten anzusehen. Aber auch der Aspekt der Nachahmung ist hier anzusiedeln. So haben

die Kinder eines Elternteils, das sich das Leben genommen hat, ein erhöhtes Risiko für suizidale Handlungen in ihrem späteren Leben. Auf die Wirkung der Medien wird ein weiterer Blick gelegt, denn fiktive Suizidmodelle, sowie die spektakuläre Berichterstattung über verübte Suizide, können diesen Effekt hervorrufen. Dabei ist es wohl entscheidend, wie ähnlich der Suizident dem Modell ist, wie in einer Untersuchung von Schmidtke/Häfner (1986) und Häfner/Schmidtke (1991) anlässlich eines ausgestrahlten Fernsehfilms herausgefunden wurde. Das Phänomen der Imitation wird auch von einigen Autoren als ein beschleunigender Faktor bei denjenigen angesehen, die schon beschlossen haben, Selbstmord zu begehen.

Auch Wiederholungen eines Suizidversuches (jedem Suizid gehen meist mindestens ein oder mehrere Suizidversuche voraus) lassen sich lerntheoretisch erklären, wenn die Hilfe und Unterstützung, Zuwendung, die auf diesen folgt, wieder nachlässt und erneute Suizidversuche als Möglichkeit der Beeinflussung der Umgebung entdeckt werden.

- f) Auch können **genetische bzw. neurologische Faktoren** in Betracht gezogen werden, wofür aber bislang der wissenschaftliche Nachweis fehlt. So wird auch eine erniedrigte Serotonin-Konzentration im Hirnstamm (die auch Depressionen auslösen kann) diskutiert.

7. Ursachen, Auslöser, belastende Lebensereignisse

In der Literatur werden folgende Ursachen für Suizidalität beschrieben:

- Gestörte Familienverhältnisse, insbesondere die „broken-home“ Situation. Dieser Ausdruck meint das „Fehlen eines oder beider Elternteile, gehäufte Abwesenheit, Differenzen zwischen beiden, Disharmonie und Streitigkeiten in der Ehe, häufiger Wechsel der Bezugsperson“ (Bründel 1993: 62).
- Trennung oder Scheidung der Eltern.
- Mangel an Zuwendung und Geborgenheit.
- Gewalt.
- Missbrauch.
- Misshandlung.
- Vernachlässigung.
- Unerwarteter Tod einer geliebten Person.
- Vorangegangene Suizide oder Suizidversuche der Eltern oder engsten Verwandten.
- Suizide oder -versuche von Bekannten oder im Freundeskreis (Nachahmung).
- Schulprobleme, schulische Belastung (Lern- und Leistungsschwierigkeiten, Schulängste, Anforderungsdruck, Schulstress, schlechte Noten, Klassenwiederholung).
- Freundschaftskonflikte.

- Verlust und Abbruch freundschaftlicher Beziehungen.
- Einsamkeit.
- Außenseitertum.
- Streitigkeiten mit dem Partner oder den Eltern.
- Bruch einer Liebesbeziehung.
- Missbrauch von Alkohol und Drogen.
- Psychische Störungen (Depression, Schizophrenie, Manie, Persönlichkeitsstörungen, insbesondere Borderline).
- Homosexualität, Transsexualität.
- Nicht gewollte oder abgelehnte Schwangerschaft.
- Ausbildungsprobleme.
- Arbeitslosigkeit.
- Armut.

Motive zum Suizid lassen sich auch geschlechtsspezifisch eingrenzen. So sind für Mädchen und Frauen Beziehungskonflikte, Freundschaftsabbrüche, Kränkungen, Enttäuschungen und Angst vor Liebesverlust ein Grund, sich umzubringen. Für Jungen und Männer sind dies Versagensängste, Leistungseinbrüche, Karriereknicks und Gefühle der Abwertung.

Vielfach geht es um Problem- und Krisensituationen, die momentan unbewältigbar erscheinen. Offensichtlich wird auch vom sozialen Umfeld keine Hilfe erwartet oder diese wird als nicht (mehr) hilfreich erlebt.

8. Prävention und Behandlung

Es wird bei der Prävention zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention unterschieden.

Die primäre Prävention beinhaltet dabei die Stärkung der Kompetenz (Fähigkeit, Verantwortung für sein eigenes Leben zu übernehmen), der Kongruenz (Fähigkeit, man selbst zu sein) und der Selbst-Kontrolle. Dabei soll der Jugendliche soweit gestärkt werden, dass er genügend Ressourcen zur Verfügung hat, um seine Probleme angemessen zu lösen. Unter sekundärer Prävention versteht man, selbstschädigendes Verhalten rechtzeitig zu erkennen und zu intervenieren, wenn eindeutige suizidale Absichten erkennbar sind. Die tertiäre Prävention betrifft die Nachsorge nach Suizidversuchen. Hier sind Therapeuten, Ärzte (auch Hausärzte), das familiäre wie das schulische Umfeld gefordert.

Acht von zehn Selbstmördern kündigen ihre Tat vorher an. Wenn die Tat vorher nicht angekündigt wird, gibt es aber meist Zeichen oder Handlungen, die erkannt werden können. Allerdings sind sie nicht bei jedem Jugendlichen gleich und man muss sehr genau beobachten, um diese Anzeichen zu erkennen. Diese können unter anderem sein:

- Schule schwänzen,

- Von zu Hause weg laufen,
- Ess- oder Magersucht,
- Diebstähle,
- Abbrechen von Freundschaften,
- Verschenken von Lieblingssachen,
- Interesselosigkeit an lieb gewonnenen Hobbys.

Jede Suizidabsichtsäußerung muß ernst genommen werden. Denn auch wenn (noch) keine ernsthaften Absichten dahinter stecken sollte, so ist es zumindest ein Hilferuf des Jugendlichen. Suizidphantasien gehen dem eigentlichen Entschluss und der finalen Handlung immer voraus. Der Suizid ist damit der Schlusspunkt nach vielen verpassten Interventionsmöglichkeiten, in denen wichtige Hinweise überhört oder nicht ernst genommen wurden, oder in denen einfach Unsicherheit bestand, „richtig zu reagieren“. Dabei besteht der Wunsch – vielleicht sogar auch eine tiefe Sehnsucht – aller „lebensmüden“ Menschen, angesprochen und mit ihren Problemen ernst genommen zu werden, oder anders ausgedrückt „endlich Hilfe und Verständnis zu erhalten“.

Als Elternteil, Betreuer, Lehrer oder Vertrauter sollte man sich immer wieder bemühen zu verstehen, was Jugendliche auf ihrem schwierigem Lebensweg belastet, welche Ängste und unerfüllten Sehnsüchte vorhanden sind, welche Beziehungen „gestört sind“, und dann geduldig versuchen, für diese Probleme seine Hilfe anzubieten. Dem Jugendlichen sollte gezeigt werden, dass das Leben durchaus auch (wieder) lebenswert sein kann, Krisen überwunden werden können – und diese vielleicht auch ihren Sinn haben.

Bemerkt man eine auffällige „Lebensmüdigkeit“ bei Kindern und Jugendlichen, sollten folgende Fachleute eingeschaltet und vorab informiert werden: Der Hausarzt bzw. ein Kinder- und Jugendarzt, sowie der zuständige (Vertrauens-)Lehrer oder Ausbilder; bei Bedarf kann ein Kinder- und Jugendpsychiater oder ein Kinder- und Jugendpsychotherapeut ambulant hinzugezogen werden.

In akuten Notfällen ist bei bestehender Eigengefährdung jederzeit Hilfe über den ärztlichen Notdienst oder die Polizei möglich, die auch eine Einweisung in eine Kinderklinik/Jugendpsychiatrische Klinik veranlassen kann.

9. Schlusswort

Suizid ist die zweithäufigste Todesursache bei Jugendlichen. Dennoch ist Suizid, besonders bei Jugendlichen, in unserer Gesellschaft ein Tabuthema. Das ist unter anderem daran erkennbar, dass es keine speziellen Beratungsstellen gibt, wie es zum Beispiel bei Drogen der Fall ist. Auch die Lehrer an unseren Schulen sind bei diesem Thema unsicher, obwohl sie bei ihrer täglichen Arbeit viel Kontakt zu Jugendlichen und ihren Problemen haben, und sie häufig auch sehr engagiert sind. Nur nach Amokläufen von Schülern keimt, wenn auch nur kurzfristig, ein öffentliches Interesse für die Persönlichkeit und mögliche Vorgeschichte des Täters auf, indem man von den Schulen verlangt, nach neuen

Wegen zu suchen, um auffällige Schüler „herauszufiltern“. Wie mit diesen Schülern allerdings in den bekannt hohen Klassenstärken besser oder anders umzugehen wäre, dafür fehlen leider die Konzepte.

In anderen Ländern werden die Lehrer geschult und das Thema Suizid in den Unterrichtsstoff mit aufgenommen. Vielleicht könnte mancher Suizid verhindert werden, wenn über Ursachen, Risiken, Anzeichen und Hilfsmöglichkeiten mehr informiert würde.

Wünschenswert wäre deshalb eine verbesserte Aufklärung zum Thema Suizid bei Jugendlichen und Kindern; etwa durch Schüler-Patenschaften (Schüler helfen Schülern), durch gezielte Schulungen von Vertrauenslehrern und Lehrkräften, vor allem in den Fachbereichen Religion/Ethik/Gemeinschaftskunde, durch Anwesenheit von Psychologen und Sozialarbeitern (Schulsozialarbeit), durch die Förderung von gemeinsamen Unternehmungen und sozialen Projekten, sowie jederzeit (!) in der Schule verfügbare Ansprechpartner bei persönlichen Notlagen und bei familiären Problemen.

Wenn Erwachsene offen für die Fragen, Sehnsüchte und Träume der Jugendlichen und ihrer eigenen Kinder bleiben, wenn sie sich nicht scheuen, auch deren Ängste, Probleme und auch ihre Enttäuschungen wahrzunehmen, und sich dann noch trauen, mit Bedacht und unvoreingenommen nachzufragen, ohne sich aufzudrängen, dann lassen sich Kinder noch rechtzeitig erreichen, bevor sie hoffnungslos und „lebensmüde“ werden.

Diese Aufgabe erfordert von Eltern, Lehrern und Erziehern ein waches Auge für die Alltagsorgen und Nöte ihrer Kinder, und letztlich auch immer wieder die Bereitschaft, sich auf ihre „Welt“, auch wenn sie uns „welfremd“ erscheint, neu einzulassen.

Literaturliste

- Blüml**, Walter (1996): Suizid bei Kindern und Jugendlichen, unter: <http://pflege.klinikum-grosshadern.de/campus/soziolog/suizid/suizid.html>, abgerufen am 29.11.2009.
- Braun-Scharm**, Hellmuth (2000): Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen. Thema des Monats Juli 2000 des Berufsverbands der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP), unter: www.bkjpp.de, abgerufen am 29.11.2009.
- Bronisch**, Thomas/**Götze**, Paul/**Schmidtke**, Armin (2002): Suizidalität. Ursachen, Warnsignale, therapeutische Ansätze, [Schattauer] Stuttgart.
- Bründel**, Heidrun (1993): Suizidgefährdete Jugendliche: Theoretische und empirische Grundlagen für Früherkennung. Diagnostik und Prävention, [Juventa] Weinheim.
- Crepet**, Paolo (1996): Das tödliche Gefühl der Leere, [Rowohlt] Reinbek.
- Gappmayer**, Anette (1987): Adoleszenz und Selbsttötung. Schüler zeichnen aktuelle Suizidgedanken, [Roderer] Regensburg.
- Häfner**, Heinz/**Schmidtke**, Armin (1991): Selbstmord durch Fernsehen: Die Wirkung der Massenmedien auf Selbstmordhandlungen, in: Häfner, Heinz (Hrsg.): Psychiatrie –

- ein Lesebuch für Fortgeschrittene. [Fischer] Stuttgart/New York, S. 238-255.
- Israel, Matthias/Felber, Werner/Wieniecki, Peter** (2001): Geschlechtsunterschiede in der parasuizidalen Handlung, in: Freytag, Regula/Giernalczyk, Thomas (Hrsg.): Geschlecht und Suizidalität, [Vandenhoeck und Ruprecht] Göttingen, S. 28-42.
- Löchel, Michael** (2002): Suizidhandlungen im Kindes- und Jugendalter. Verursachung, Beziehung zur Psychose, Früherkennung und Intervention, in: Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Heft 4, 2002.
- Niklewski, Günter/Rieke-Niklewski, Rose** (2008): Depressive Kinder und Jugendliche, in: Depressionen überwinden, 4. Aufl., [Stiftung Warentest Verlag] Berlin.
- Ringel, Erwin** (1953): Der Selbstmord. Abschluß einer krankhaften Entwicklung, [Maudrich] Wien/Düsseldorf.
- Schmidtke, Armin/Häfner, Heinz** (1986): Die Vermittlung von Selbstmordmotivation und Selbstmordhandlung durch fiktive Modelle. Die Folgen der Fernsehserie „Tod eines Schülers“, in: Der Nervenarzt, 57 (1986), S. 502-510.
- Siegmund-Schultze, Nicola** (2002): Bei Jugendlichen ist jedes Gerede vom Suizid ernst zu nehmen, unter: <http://www.arztezeitung.de/docs/2002/11/20/1m1001.asp>, , abgerufen am 29.11.2009.
- Smith, Judy**, in: Bründel, Heidrun (1993): Suizidgefährdete Jugendliche, Theoretische und empirische Grundlagen für Früherkennung, Diagnostik und Prävention, [Juventa] Weinheim.
- Specht, Friedrich/Schmidtke, Armin** (1986): Selbstmordhandlungen bei Kindern und Jugendlichen, [Roderer] Regensburg.
- Statistisches Bundesamt** (2009): Gesundheitswesen in Deutschland, [Statistisches Bundesamt] Bonn.

Autorenangaben

Dr. Barbara Bojack
 c/o Fakultät für Wirtschaftswissenschaften
 Hochschule Wismar
 Philipp-Müller-Straße 14
 Postfach 12 10
 D – 23966 Wismar
 Fax: ++49 / (0)3841 / 753 131

WDP - Wismarer Diskussionspapiere / Wismar Discussion Papers

- Heft 16/2006: Katrin Heduschka: Qualitätsmanagement als Instrument des Risikomanagements am Beispiel des Krankenhauses
- Heft 17/2006: Martina Nadansky: Architekturvermittlung an Kinder und Jugendliche
- Heft 18/2006: Herbert Neunteufel/Gottfried Rössel/Uwe Sassenberg/Michael Laske/Janine Kipura/Andreas Brüning: Überwindung betriebswirtschaftlicher Defizite im Innoregio-Netzwerk Kunststoffzentrum Westmecklenburg
- Heft 19/2006: Uwe Lämmel/Andreas Scher: Datenschutz in der Informationstechnik. Eine Umfrage zum Datenschutzsiegel in Mecklenburg-Vorpommern
- Heft 20/2006: Jost W. Kramer/Monika Passmann: Gutachten zur Bewertung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der allgemeinen Sozialberatung in Mecklenburg-Vorpommern
- Heft 21/2006: Marion Wilken: Risikoidentifikation am Beispiel von Kindertageseinrichtungen der Landeshauptstadt Kiel
- Heft 22/2006: Herbert Müller: Zahlen und Zahlenzusammenhänge – Neuere Einsichten zum Wirken und Gebrauch der Zahlen in Natur und Gesellschaft
- Heft 01/2007: Günther Ringle: Genossenschaftliche Prinzipien im Spannungsfeld zwischen Tradition und Modernität
- Heft 02/2007: Uwe Lämmel/Eberhard Vilkner: Die ersten Tage im Studium der Wirtschaftsinformatik
- Heft 03/2007: Jost W. Kramer: Existenzgründung in Kleingruppen nach der Novellierung des Genossenschaftsgesetzes
- Heft 04/2007: Beate Stirtz: Hybride Finanzierungsformen als Finanzierungsinstrumente mittelständischer Unternehmen
- Heft 05/2007: Uwe Lämmel/Anatoli Beifert/Marcel Brätz/Stefan Brandenburg/Matthias Buse/Christian Höhn/Gert Mannheimer/Michael Rehfeld/Alexander Richter/Stefan Wisuwa: Business Rules – Die Wissensverarbeitung erreicht die Betriebswirtschaft. Einsatzmöglichkeiten und Marktübersicht
- Heft 06/2007: Florian Wrede: Computergestützte Management-Informationssysteme. Geschichte – Zukunft – Konsequenzen
- Heft 07/2007: Peter Biebig/Gunnar Prause: Logistik in Mecklenburg – Entwicklungen und Trends
- Heft 08/2007: Anja Ziesche: Risikomanagement unter dem Aspekt der

- Betrieblichen Gesundheitsförderung
- Heft 09/2007: Cornelia Ewald: Kreditinstitute in der Anlageberatung – Anforderungen aus der aktuellen Rechtsprechung und Gesetzgebung
- Heft 10/2007: Herbert Müller: Zahlen, Planeten, Pyramiden und das Meter. Wie die Planung der Pyramiden von Gizeh erfolgt sein könnte – eine ingenieurmethodische Betrachtung
- Heft 11/2007: Klaus Sanden/Barbara Bojack: Depressivität und Suizidalität im höheren Lebensalter
- Heft 12/2007: Andrea Kallies/Anne Przybilla: Marktanalyse von Enterprise Resource Planning-Systemen – Kategorisierung –
- Heft 13/2007: Anne Przybilla: Die Verwaltungsreform und die Einführung der Doppik in die öffentliche Verwaltung
- Heft 14/2007: Jost W. Kramer: Erfolgsaspekte genossenschaftlichen Wirtschaftens aus betriebswirtschaftlicher Perspektive
- Heft 01/2008: Uwe Lämmel (Hrsg.): Wirtschaftsinformatik – Was ist das?
- Heft 02/2008: Florian Wrede: Qualitätsmanagement – Eine Aufgabe des Controllings, des Marketings oder des Risikomanagements?
- Heft 03/2008: Regina Bojack/Barbara Bojack: Comenius, ein moderner Pädagoge
- Heft 04/2008: Chris Löbber/Stefanie Pawelzik/Dieter Bastian/Rüdiger Steffan: Datenbankdesign und Data Warehouse-Strategien zur Verwaltung und Auswertung von Unfalldaten mittels Risikopotenzialwerten und Risikoklassen
- Heft 05/2008: Reinhard J. Weck/Anatoli Beifert/Stefan Wissuwa: Wissensmanagement - quo vadis? Case Positions zur Umsetzung in den Unternehmen. Eine selektive Bestandsaufnahme
- Heft 06/2008: Petra Wegener: Die Zeit und ihre Facetten in der Fotografie
- Heft 07/2008: Anne Przybilla: Personalrisikomanagement – Mitarbeiterbindung und die Relevanz für Unternehmen
- Heft 08/2008: Barbara Bojack: Co-Abhängigkeit am Arbeitsplatz
- Heft 09/2008: Nico Schilling: Die Rechtsformwahl zwischen Personen- und Kapitalgesellschaften nach der Unternehmensteuerreform 2008
- Heft 10/2008: Regina Bojack: Der Bildungswert des Singens
- Heft 11/2008: Sabine Hellmann: Gentechnik in der Landwirtschaft
- Heft 12/2008: Jost W. Kramer: Produktivgenossenschaften – Utopische Idee oder realistische Perspektive?
- Heft 01/2009: Günther Ringle: Vertrauen der Mitglieder in ihre Genos-

- senschaft - Das Beispiel der Wohnungsgenossenschaften -
- Heft 02/2009: Madleen Duberatz: Das Persönliche Budget für Menschen mit Behinderungen – Evaluation der Umsetzung am Beispiel der Stadt Schwerin
- Heft 03/2009: Anne Kroll: Wettervorhersage mit vorwärts gerichteten neuronalen Netzen
- Heft 04/2009: Claudia Dührkop: Betriebswirtschaftliche Besonderheiten von Zeitschriften und Zeitschriftenverlagen
- Heft 05/2009: Dieter Herrig/Herbert Müller: Kosmologie: So könnte das Sein sein. Technikwissenschaftliche Überlegungen zum Entstehen, Bestehen, Vergehen unserer Welt
- Heft 06/2009: Verena Theißen/Barbara Bojack: Messie-Syndrom – Desorganisationsproblematik
- Heft 07/2009: Joachim Winkler/Heribert Stolzenberg: Adjustierung des Sozialen-Schicht-Index für die Anwendung im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003/2006
- Heft 08/2009: Antje Bernier/Henning Bombeck: Landesbaupreis für ALLE? – Analyse der Barrierefreiheit von prämierten Objekten des Landesbaupreises Mecklenburg-Vorpommern 2008
- Heft 09/2009: Anja Graeff: Der Expertenstandard zum „Entlassungsmanagement in der Pflege“ des Deutschen Netzwerks zur Qualitätsentwicklung in der Pflege: Wirkungsvolles Instrument für die Qualitätsentwicklung in der Pflege?
- Heft 10/2009: Maria Lille/Gunnar Prause: E-Governmental Services in the Baltic Sea Region
- Heft 11/2009: Antje Bernier/Henning Bombeck/Doreen Kröplin/Katarina Strübing: Öffentliche Gebäude für ALLE? – Analyse der multisensorischen Barrierefreiheit von Objekten in Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig Holstein und Hamburg
- Heft 12/2009: Susanne Eilart/Eva Nahrstedt/Stefanie Prack/Stefanie Schröder: „Der Mindestlohn muss her, weil man von Arbeit leben können muss“
- Heft 13/2009: Claus W. Turtur: Wandlung von Vakuumenergie elektromagnetischer Nullpunktszillationen in klassische mechanische Energie
- Heft 01/2010: Jonas Bielefeldt: Risikomanagement unter Marketinggesichtspunkten
- Heft 02/2010: Barbara Bojack: Der Suizid im Kinder- und Jugendalter