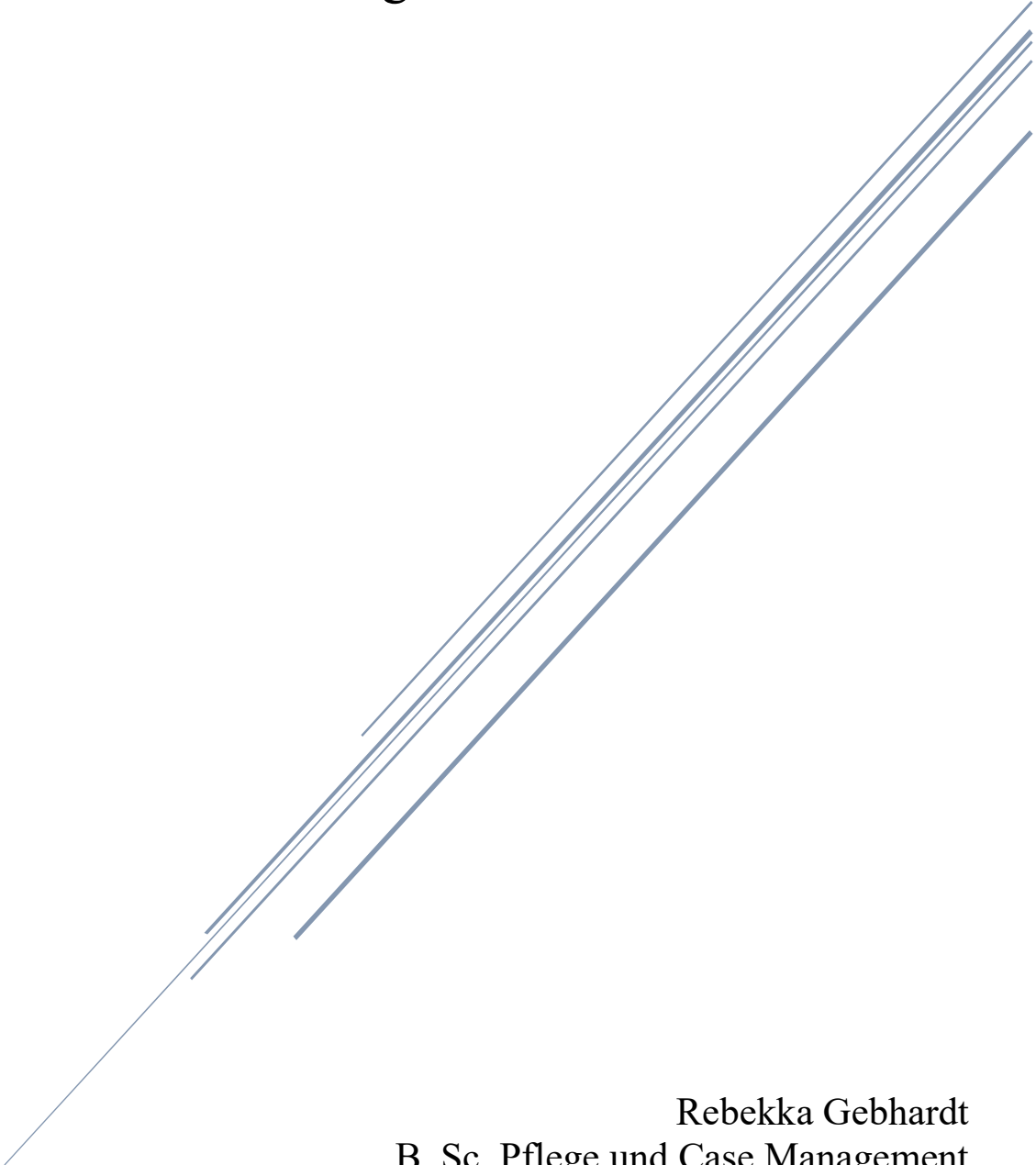


BACHELOR-THESIS

Thema: Suizidprävention bei Männern

Untertitel: Alters- und geschlechtsspezifische
Settingansätze



Rebekka Gebhardt
B. Sc. Pflege und Case Management
Frankfurt University of Applied Sciences
25.07.2018

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	I
Abbildungsverzeichnis	II
Einleitung	1
1 Geschlechtersensible Prävention	3
1.1 Grundlagen von Prävention und Gesundheitsförderung.....	3
1.2 Relevanz geschlechterspezifischer Unterschiede	4
1.3 Problematik einer Geschlechterorientierung.....	6
1.4 Erkenntnisse aus der Jungen- und Männerarbeit	8
1.4.1 Ansprache anpassen.....	9
1.4.2 Niedrigschwelligkeit ermöglichen.....	10
1.4.3 Ressourcen nutzen	10
1.4.4 Handlungsspielräume erweitern	11
2 Grundlagen der Suizidforschung	12
2.1 Das Spannungsfeld von Suizidalität	12
2.2 Statistiken und Risikofaktoren.....	13
2.3 Stadien der Suizidalität	15
2.4 Prävention von Suiziden	16
2.4.1 Interventionsansätze	17
2.4.2 Mediale Berichterstattung und Öffentlichkeitsarbeit	18
2.4.3 Suizidprävention als kommunale Aufgabe.....	19
3 Entwicklung einer geschlechtsspezifischen Suizidprävention	20
3.1 Zielgruppe Jungen und männliche Jugendliche.....	22
3.1.1 Kurzvorstellung Projekt SPEED	23
3.1.2 Projektvision „What a man!?“	24
3.1.3 Peer-to-Peer-Projekte.....	25
3.2 Zielgruppe erwachsene Männer.....	26
3.2.1 Möglichkeiten des betrieblichen Gesundheitsmanagements.....	26
3.2.2 Fortbildung niedergelassener Ärzte/Ärztinnen.....	28
3.3 Zielgruppe ältere Männer.....	29
3.3.1 Die „Info-Kneipe“	30
3.3.2 Die „Männerwerkstatt“	30
4 Fazit	31
Literaturverzeichnis	34

Abkürzungsverzeichnis

A

AGUS · Angehörige um Suizid

B

BGM · Betriebliches Gesundheitsmanagement

D

DSM · Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

F

FRANS · Frankfurter Netzwerk für Suizidprävention

I

ICD · International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

N

NaSPro · Nationales Suizid Präventionsprogramm

R

RKI · Robert-Koch-Institut

W

WHO · World Health Organization

Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1:** Geschlechterverteilung der Suizide 1980 - 2015, Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes (Statistisches Bundesamt 2018a)... **13**
- Abbildung 2:** Stadien der Suizidalität, Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Pöldinger (Sonneck et al. 2016, 176; Wolfersdorf 2011, 67 & Pöldinger 1968, 20)..... **15**
- Abbildung 3:** Schematische Übersicht der Suizidprävention, Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Sonneck et al. (2016, 299) **17**
- Abbildung 4:** Geschlechtsspezifische Interventionsmöglichkeiten der Suizidprävention im Überblick, Quelle: Eigene Darstellung..... **20**

Einleitung

Am 10. September ist der Welttag der Suizidprävention. Er soll darauf aufmerksam machen, dass Suizide verhindert werden können (WHO 2018). In Deutschland sterben jährlich circa 10.000 Menschen durch Suizid (Statistisches Bundesamt 2018a). Im Vergleich dazu ist die Anzahl der Verkehrstoten in etwa dreimal niedriger (Statistisches Bundesamt 2018b), die öffentliche Aufmerksamkeit ist jedoch deutlich höher als bei Suiziden. An vielen Autobahnen sind mahnende Plakate zu sehen und an Litfaßsäulen, sowie diversen Veranstaltungsorten, begegnet man Hinweisen wie ‚DON’T DRINK AND DRIVE!‘. Das ist gut und wichtig! Suizid scheint jedoch, ein von Stigmata besetztes Tabuthema zu sein. Dabei könnte ein Bewusstsein in der Bevölkerung für dieses Problem und entsprechendes Wissen zu Hintergründen und Risikofaktoren, Suizide verhindern und somit Leben retten. Menschen, die sich das Leben nehmen ‚wollen‘, leiden besonders häufig an einer psychischen Erkrankung, wie z. B. Depressionen (Bronisch 2014, 36, 43). Diese lassen sich jedoch gut behandeln, soweit sie erkannt und adäquat therapiert werden. Männer sind statistisch gesehen seltener als Frauen von Depressionen betroffen (RKI 2014, 56), begehen jedoch doppelt bis dreimal so häufig Suizid (Statistisches Bundesamt 2018a). Suizidforscher/innen vermuten deshalb, dass Männer ähnlich häufig an Depressionen leiden, dies jedoch nicht erkannt und somit nicht behandelt werden kann (Hünefeld 2012, 27). Erschwerend kommt hinzu, dass für Männer die Inanspruchnahme von Hilfe nicht ins Konzept zu passen scheint (Wolfersdorf 2014, 24). Für gesundheitsfördernde und präventive Angebote, vor allem in Hinblick auf psychische Gesundheit, sind sie im Allgemeinen nicht zu begeistern (Faltermaier & Hübner 2016, 49 f). An dieser Stelle trifft ein hoher Interventionsbedarf auf eine schlechte Erreichbarkeit der Zielgruppe. Dass Männer schwerer für Präventionsmaßnahmen zu gewinnen sind, weißt jedoch eher auf unpassende Präventionsangebote und deren Gestaltung hin, als auf generelles Desinteresse der Männer (Stiehler 2013, 261).

Aus diesem Grund wird sich diese Bachelorarbeit mit den Fragen beschäftigen, wie Suizidprävention für Männer ansprechender gestaltet und ihnen der Zugang zu Hilfsangeboten erleichtert sowie ihr Gesundheitsverhalten positiv beeinflusst werden könnte. In der Bibliothek der Frankfurt University of Applied Sciences sowie der Deutschen Nationalbibliothek in Frankfurt, wurde dafür eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Zur Verwendung kamen neben Medien vor Ort, sorgfältig ausgewählte und vertrauenswürdige Internetquellen. Gesucht wurde nach Stichwörtern wie ‚Suizidprävention bei Männern‘, ‚Gesundheitsförderung bei Männern‘, ‚Suizidprävention und Geschlecht‘ und

„geschlechtersensible Prävention und Gesundheitsförderung“. Für detailliertere Informationen bezüglich der Zielgruppe wurden die Stichworte durch das ergänzen von Begriffen wie „Schule“, „Arbeitsplatz“ oder „ältere Menschen“ spezifiziert. Die Autorin arbeitete vorwiegend mit Literatur, welche innerhalb der letzten zehn Jahre veröffentlicht wurde. Nur in Ausnahmefällen kamen Quellen aufgrund anerkannter Theorien oder wichtiger Studien aus älterer Fachliteratur zum Einsatz. Aktuelle Erkenntnisse aus der Praxis zu geschlechtersensibler Gesundheitsförderung und Prävention waren hauptsächlich in „grauer Literatur“ zu finden.

Das erste Kapitel dieser Bachelorarbeit wird sich mit der Definition und den Gliederungsmöglichkeiten von Prävention, sowie der Differenzierung und der Nähe zur Gesundheitsförderung beschäftigen. Es werden geschlechterspezifische Unterschiede hinsichtlich Symptomen, Diagnostik, Lebenserwartung sowie der Inanspruchnahme von Hilfe beleuchtet. Anschließend folgen ein kurzer Exkurs zur Entstehung sowie eine Schilderung der Relevanz und der Schwierigkeiten einer geschlechterspezifischen Betrachtungsweise von Gesundheit. Abschließend werden Erkenntnisse aus der Praxis der Jungen- und Männerarbeit zusammengefasst. Kapitel Zwei vermittelt Hintergrundwissen zum Thema Suizid. Zu Beginn wird die Problematik, betreffend synonym verwendeter Begriffe, einer genauen Definition von Suizid sowie einer daraus resultierenden schwierigen Abgrenzungsmöglichkeit anderer Todesursachen erläutert. Es folgen interessante, statistische Daten vor allem hinsichtlich geschlechterspezifischer Unterschiede und Risikofaktoren. Die drei Entwicklungsstadien von Suizidalität werden anschließend etwas ausführlicher beschrieben, da die entsprechenden Informationen relevant für die Präventionsarbeit sind. Die Ziele sowie die theoretische Gliederung und Möglichkeiten der Suizidprävention werden nachfolgend dargestellt. Hierbei wird die Öffentlichkeitsarbeit hervorgehoben, da diese im Vergleich zu anderen Präventionsmaßnahmen noch energischer verfolgt werden könnte. Das zweite Kapitel schließt mit einer kurzen Vorstellung des Frankfurter Netzwerk für Suizidprävention (FRANS). Es stellt zum jetzigen Zeitpunkt das deutschlandweit einzige Projekt zur Suizidprävention auf kommunaler Ebene dar. Im dritten Kapitel werden die Erkenntnisse aus den Forschungszweigen der Suizidprävention, der geschlechtersensiblen Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Jungen- und Männerarbeit in Zusammenhang gebracht und spezielle Interventionsmöglichkeiten erarbeitet bzw. weitergedacht. Für drei grobe altersspezifische Zielgruppen entstanden potentielle, geschlechterspezifische Maßnahmen in einem jeweils passenden Setting. Der Fokus der Bachelorarbeit liegt bewusst auf den kreativen Möglichkeiten von Interventionen. Die konkrete Finanzierung sowie benötigte

materielle oder personelle Ressourcen für die einzelnen Ansätze, konnten in diesem Rahmen nicht berücksichtigt werden. Da Suizid ein finales Ereignis ist, sollte so früh wie möglich versucht werden, in die Entstehung von Suizidalität einzugreifen. Der Schwerpunkt der Interventionen wird deshalb auf der Primärprävention und Gesundheitsförderung liegen.

1 Geschlechtersensible Prävention

Seit 25. Juli 2015 gibt es in Deutschland ein neues Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Geene & Reese 2016, 13). Gesetzliche Krankenkassen werden laut §2 Präventionsgesetz verpflichtet, ihre Leistungen künftig an den besonderen Bedarfslagen von Männern und Frauen zu orientieren (Altgeld 2016, 310). Die Neuerungen sollen die Zusammenarbeit der relevanten Akteure fördern sowie gesundheitliche Chancengleichheit für alle Altersgruppen in ihrem jeweiligen Setting schaffen (Bundesgesundheitsministerium 2018). Der Settingansatz stellt eine der wichtigsten Strategien in der Gesundheitsförderung dar, da Gesundheit im Alltag hergestellt sowie erhalten wird. Er muss somit an Orten des Wohnens, des Arbeitens, des Lernens oder der Freizeitgestaltung ansetzen (Altgeld & Kickbusch 2012, 193). Nachfolgend werden theoretische Grundkenntnisse zu Prävention und Gesundheitsförderung sowie die Bedeutsamkeit und Schwierigkeiten einer Geschlechterorientierung behandelt. Abschließend werden allgemeine Anregungen für mänderspezifische Präventionsarbeit auf Basis von Erfahrungen der Jungen- und Männerarbeit gegeben.

1.1 Grundlagen von Prävention und Gesundheitsförderung

Prävention beschäftigt sich klassischer Weise mit der Verhütung von Krankheiten durch Erkennen und Minimieren von gesundheitlichen Risikofaktoren (Altgeld 2016, 301). Historisch ist sie aus dem medizinischen Modell der Pathogenese gewachsen, welche sich mit der Entstehung und Entwicklung von Krankheit beschäftigt und diese als „...Störung der Lebensvorgänge in Organen od. im gesamten Organismus...“ (Psyhyrembel 2004, 983) versteht. Der Fokus liegt demnach auf der Frage, was Menschen krank macht (Menche 2004, 10).

Prävention kann aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden. Am weitesten verbreitet ist die Einteilung nach dem zeitlichen Ansatz im Krankheitsverlauf in Primär-, Sekundär- und

Tertiärprävention (Walter, Robra & Schwartz 2012, 196). Während die Primärprävention versucht, die Entstehung von Krankheiten zu vermeiden, beschäftigt sich die Sekundärprävention mit der Früherkennung und Behandlung bereits bestehender Krankheiten. Die Vermeidung bzw. Abmilderung von Rückfällen und Folgeschäden bei chronischen Erkrankungen wird als Tertiärprävention bezeichnet (Walter et al. 2012, 197; Altgeld 2016, 301). Eine zweite Möglichkeit ist eine Gliederung nach Zielgruppe und Interventionsstrategie. Die universelle Prävention ist für die Gesamtheit oder Teile der Bevölkerung konzipiert, die selektive Prävention für vermutlich oder überdurchschnittlich gefährdete Personengruppen und die indizierte Prävention für Individuen, die einer Hochrisikogruppe angehören. Als dritte Perspektive eignen sich der Ansatz und die Charakteristik der Intervention. Maßnahmen, die eine Veränderung der biologischen, sozialen oder technischen Umwelt bedingen sollen, werden Verhältnisprävention genannt. Liegt der Fokus auf der Beeinflussung von gesundheitsrelevantem Verhalten von Individuen oder Gruppen, handelt es sich um Verhaltensprävention (Walter et al. 2012, 199 f).

Die Gesundheitsförderung, welche sich auf von ANTONOVSKYS begründeter Salutogenese stützt, zielt im Unterschied zur Prävention, nicht auf Vermeidung von Risikofaktoren ab, sondern auf die Stärkung von Schutzfaktoren, durch die Erweiterung individueller Handlungskompetenzen. Einflussfaktoren wie beispielsweise Arbeitslosigkeit, Entwicklung im Kindesalter und soziale Ungleichheit, sollen durch Veränderungen der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen sowie sozialen Strukturen erreicht werden (Altgeld 2016, 301). Gesundheit und Krankheit werden unter diesem Blickwinkel nicht streng als Zustand begriffen, sondern als ein sich ständig veränderndes Kontinuum und als „...elementare Erfahrungsqualitäten menschlichen Lebens...“ (Schwartz, Schlaud, Siegrist & Troschke 2012, 41). Die Übergänge innerhalb der Präventionsperspektiven und zwischen Primärprävention und Gesundheitsförderung schwimmen in der Praxis häufig. Es existiert eine unterschiedliche Ausgangsfrage, jedoch das gemeinsame Ziel das größtmögliche Maß an Gesundheit zu erreichen und beizubehalten.

1.2 Relevanz geschlechterspezifischer Unterschiede

Diese wahrgenommenen Erfahrungsqualitäten von Krankheit und Gesundheit sind geschlechtsspezifisch verschieden. Objektiv scheinen Männer weniger gesund zu sein als Frauen, subjektiv klagen vor allem junge Frauen deutlich mehr über psychische, somatische

und soziale Belastungen sowie Wahrnehmungs-, Konzentrations- und Leistungsstörungen (Hurrelmann 2007, 51). Geschlecht meint im diesen Zusammenhang nicht nur das biologisch gegebene sowie körperlich beschreibbare Merkmal, welche durch Anatomie, Chromosomen und Hormone beeinflusst wird, sondern auch eine soziale, gesellschaftlich konstruierte sowie psychologische Komponente. Zur Differenzierung hat sich der Gebrauch der englischen Worte ‚sex‘ für das biologische und ‚gender‘ für das soziale Geschlecht durchgesetzt (Kolip & Hurrelmann 2016, 10; Kölln 2014, 16). ‚Gender‘ bezieht sich auf Geschlechterrollen und damit verbundenen Verhaltensweisen, Interessen und Eigenschaften. Aufgrund vieler Interaktionen und Wechselwirkungen untereinander, lassen sich die beiden Kategorien jedoch nicht immer sauber voneinander trennen (RKI 2014, 5). Eine Berücksichtigung des biologischen und sozialen Geschlechts sowie die Betrachtung der unterschiedlichen Auswirkungen auf Gesundheit und Krankheit, erwies sich in folgenden Beispielen als durchaus sinnvoll.

Frauen mit einem Herzinfarkt, profitieren heute von dem Wissen, dass sich dieses Krankheitsbild bei ihnen zum Teil anders äußert als bei Männern. Sie sind in der Regel später im Lebensverlauf und oftmals nicht von denen als typisch erachteten Herzinfarktsymptomen betroffen. Dies führte lange Zeit zu einer Fehltherapie, verbunden mit einer erhöhten Sterberate durch Herzinfarkte in Vergleich zu den Männern (Harreiter, Thomas & Kautzky-Willer 2016, 36). Anders sieht es bei psychischen Erkrankungen aus. Eine Binsenweisheit besagt „Frauen werden depressiv, Männer süchtig“ (Kölln 2014, 69). Ganz falsch ist diese Aussage zwar nicht, jedoch sehr stark vereinfacht ausgedrückt. Laut dem Bericht zur gesundheitlichen Lage der Männer aus dem Jahr 2014, leiden Frauen mit Ausnahme von Suchterkrankungen und Hyperaktivitätsstörungen häufiger an psychischen Erkrankungen als Männer. Bei affektiven Störungen, worunter unter anderem die Depression zählt, sind statistisch gesehen ungefähr doppelt so viele Frauen wie Männer betroffen (RKI 2014, 56). Die Artefakttheorie geht jedoch davon aus, dass Männer und Frauen in etwa gleich häufig von Depressionen betroffen sind und die Diskrepanz auf Faktoren wie der gesellschaftlich konstruierten Geschlechterstereotypen und darauf aufbauende Geschlechterrollen zurückzuführen ist (Hünefeld 2012, 27). Ähnlich, wie zuvor am Beispiel von Herzinfarkten verdeutlicht, spielen geschlechtsspezifische Unterschiede vor allem beim Einsatz von Screening-Instrumenten für die Diagnostik von Depressionen eine große Rolle. Die diagnostischen Kriterien enthalten die als klassisch angesehenen Symptome, wie Niedergeschlagenheit, depressive Stimmung sowie Verlust von Energie und Interesse, verbunden mit deutlichen Veränderungen des normalen Befindens. Als zusätzliche Kriterien

werden Schlafstörungen, Verlust des Selbstwertgefühls, Konzentrationsstörungen und Suizidgedanken genannt. Männer neigen dazu, ihre Gefühle und somit auch ihre Depressionssymptome unbewusst zu unterdrücken. Diese verborgene Form einer Depression wird auch als ‚male depression‘ bezeichnet (Hünefeld 2012, 31 f). Man kann sie an Symptomen wie Ärgerattacken, Aggressivität, Feindseligkeit, antisozialem Verhalten und gesteigertem Alkoholkonsum erkennen. Letzteres ist neben Arbeitssucht und exzessivem Sport eine häufig anzutreffende Bewältigungsstrategie für Männer, die von Depressionen betroffenen sind (RKI 2014, 57).

Diese geschlechterspezifischen Unterschiede tragen dazu bei, dass Männer früher sterben als Frauen. Das durchschnittliche Sterbealter im Jahr 2016 betrug 81,5 Jahre für Frauen und im Gegensatz dazu nur 75,2 Jahre für Männer (Statistisches Bundesamt 2018c). Wie groß der Einfluss des sozialen Geschlechts diesbezüglich tatsächlich ist, zeigt eine zehnjährige Studie mit Mönchen. Demnach lässt sich nur ungefähr ein Jahr, der etwa sechs Jahre, biologisch begründen. Das heißt im Umkehrschluss, dass durch verbesserte Gesundheitsförderung und Prävention die kürzere Lebenserwartung der Männer durchaus beeinflussbar wäre (Luy 2009, 264).

Veranschaulicht man sich die Unterschiede zwischen Männern und Frauen bezüglich vorhandener Symptome, der damit verbundenen Diagnostik und Behandlung sowie ihrer Lebenserwartung, überrascht es nicht, dass sich auch die Inanspruchnahme von Hilfe different gestaltet (Bardehle 2013, 11). Bei Präventionsangeboten zu Themen wie Bewegung, Ernährung oder Stressbewältigung, nahmen im Jahr 2012 ungefähr zu 80% Frauen und nur zu 20% Männer teil. Lediglich im Handlungsfeld Suchtprävention glich sich die Inanspruchnahme an (Altgeld 2016, 305). Insbesondere psychische Probleme werden von Männern häufig nicht als solche erkannt. Sie versuchen diese vorwiegend allein und ohne professionelle Unterstützung zu meistern (Möller-Leimkühler 2016, 6). Viele dieser Faktoren sind vor allem gesellschaftlich bedingt und sind deshalb häufig Inhalt politischer Debatten zu gesundheitlicher Chancengleichheit.

1.3 Problematik einer Geschlechterorientierung

Als Gegenstück zur feministisch inspirierten Frauengesundheitsforschung, entwickelte sich zeitlich verzögert die Männergesundheitsforschung. Thematisch setzt sich Männergesundheitsforschung mit den aus ‚sex‘ und ‚gender‘ in Bezug auf Gesundheit

resultierenden Belastungen, Risiken und Potentialen für Männer auseinander. Ziel ist es, Benachteiligung von Männern im Sinne der gesundheitlichen Chancengleichheit zu minimieren. Mit dem Bericht zur gesundheitlichen Lage der Männer in Deutschland, welcher 2014 veröffentlicht wurde, kam die männerspezifische Betrachtungsweise auch in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes zum Ausdruck. Schon elf Jahre zuvor erschien der gleichartige Bericht zur Lage der Frauen, welcher als Meilenstein in der geschlechtersensiblen Gesundheitsberichterstattung gilt (Kolip et al. 2016, 8, 14). Ein weiterer Schritt in Richtung Geschlechtergerechtigkeit stellt die nationale und internationale Aufgabe des ‚Gender Mainstreaming‘ dar. ‚Gender Mainstreaming‘ kann als zentrale Strategie verstanden werden, die Berücksichtigung der geschlechtsspezifischen Chancengleichheit bei allen Entscheidungen und auf allen gesellschaftlichen Ebenen, mit dem Ziel der Gleichstellung von Frauen und Männern, zu fördern (Jahn 2016, 72; Altgeld 2009, 86).

Obwohl die geschlechtsspezifische Ausrichtung von Forschung und Präventionsarbeit gerechtfertigt sein mag, ist sie nicht unstrittig. Je spezifischer die Betrachtungsweise oder die Art der Intervention wird, desto größer ist die Gefahr, Menschen durch die Kategorie ‚Geschlecht‘ auszugrenzen. Hierbei wäre besonders an transsexuelle Personen zu denken, welche sich nicht zu den typischen Standards und Normen der zwei Geschlechtskategorien männlich und weiblich zuordnen können oder wollen (Sauer, Güldenring & Tuidter 2016, 420). Des Weiteren besteht durch die differenzierte Betrachtung das Risiko, Geschlechterstereotypen zu verstärken (Kuhlmann 2016, 28; Dinges 2007, 25 f). Darüber hinaus interagiert Geschlecht stets mit anderen Variablen, weshalb weitere soziale Differenzierungsmerkmale wie Alter, Bildung, Erwerbsstatus, Familienstand und soziale Lage mit in die Betrachtung einbezogen werden müssen (RKI 2014, 8). Unterschiede, beispielsweise hinsichtlich der Lebenserwartung, können zwischen niedrigen und hohen Einkommen innerhalb der Gruppe der Männer, größer als die zwischen Männern und Frauen sein (RKI 2014, 14). Deshalb müssen geschlechtsspezifische gesundheitliche Chancen und Risiken für Männern und Frauen, aber auch innerhalb der jeweiligen Gruppe identifiziert werden (Altgeld 2016, 300).

Häufig kommt es unterdessen zu groben Verallgemeinerungen auf ‚die Männer‘ und zu einer starken Defizitorientierung in den Medien hinsichtlich ‚typisch männlichem‘ Gesundheits- bzw. Risikoverhalten, welches im Vergleich zu Frauen öfter als gesundheitsschädlich beschrieben wird (Beier 2007, 75). Statistisch bewiesen wäre dies für höhere Raten bei Nikotin- oder Alkoholkonsum, Konsum illegaler Drogen, fleisch- und fettreicher Ernährung,

bei der Wahl von riskanten Sportarten sowie einem riskanteren Umgang bzgl. ihrer Sexualität. Betreffend Bewegung und Aktivität schneiden Männer hingegen besser als Frauen ab (Faltermayer et al. 2016, 48). Selten wird jedoch genauer betrachtet, wann und warum vermeintlich geschlechtstypische Gesundheitsrisiken von welchen Personen(-gruppen) wahrgenommen werden. Meist kennen Männer die Risiken sehr wohl, halten aber an ihrem Verhalten fest, da sie den Nutzen höher bewerten als das Risiko. Das Risikoverhalten wird zum Beispiel unterbewusst als Bewältigungsstrategie für psychische Belastungen genutzt, dient der Gruppenzugehörigkeit oder bedeutet mehr Lebensqualität durch Erfolg und Ansehen (Beier 2007, 77; Klotz 2007, 21). Abweichungen zeigen sich, sobald die statistische Auswertung der gesundheitsrelevanten Daten etwas konkreter wird. Während Frauen bis zum 70. Lebensjahr Früherkennungsuntersuchungen häufiger in Anspruch nehmen, verhält es sich bei älteren Männern ab 75 Jahre sogar umgekehrt (Altgeld 2016, 305). Hinsichtlich des als gesundheitsschädlich gewerteten ‚typisch männlichen‘ Risikoverhaltens zeigt sich, dass dies zwischen der Pubertät bis zur Familiengründung häufiger zu beobachten ist als danach. Das Herunterspielen von Gefahren und Ignorieren von Schmerzen ist dabei in gewissen Lebensphasen durchaus nützlich und gesellschaftlich erwünscht, wenn man etwa an den Militärdienst denkt (Dinges 2007, 29 f). Wünschenswert wäre eine Entwicklung von zielgerichteten, geschlechtersensiblen Präventionsmaßnahmen, mit einer stärkeren Differenzierung, um stereotype Verhaltensweisen nicht zu verstärken und blind zuzuweisen sowie bestehende Ressourcen außer Acht zu lassen (Beier 2007, 75, Dinges 2007, 26).

1.4 Erkenntnisse aus der Jungen- und Männerarbeit

Das Gesundheitsverhalten von Männern wird mehr oder weniger stark von ihrer Sozialisation, das heißt von Rollenerwartungen, Geschlechterstereotypen sowie ihrem daraus resultierendem eigenen Verständnis von Männlichkeit beeinflusst. Die eigene Körperwahrnehmung der Männer steht damit in einem engen Zusammenhang. Sie scheinen weniger sensibel für Signale ihres Körpers zu sein und neigen dazu, unbewusst über ihre eigenen Befindlichkeiten hinwegzugehen. Schon früh bekommen Jungen bei Verletzungen „Ein Indianer kennt keinen Schmerz“ zu hören. So kann ein Ignorieren von Schmerzen und das Herunterspielen von Beschwerden trainiert werden, welches nachhaltig das Verhalten der Männer beeinflusst (Kölln 2014, 20 f). Da Männer Symptome ihres Körpers schlechter wahrnehmen, ist nachvollziehbar, warum sie zu spät respektive keine Hilfe und Unterstützung anfordern. Erschwerend kommt hinzu, dass vermeintlich männliche Attribute wie Stärke, Kontrolle,

Macht, Erfolg und Härte eine Inanspruchnahme von Hilfe verhindern (Klärs 2012, 82). Gesundheit und Leistungsfähigkeit gelten somit als Stärke, Krankheit als Schwäche. Ein Patentrezept, wie Männer von Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention besser erreicht werden können, gibt es nicht. Konzepte müssen individuell nach Alter, Setting und zu bearbeitenden Thema angepasst werden. Es gibt jedoch allgemeine Erfahrungswerte aus dem Bereich der Jungen und Männerarbeit, die diesbezüglich genutzt werden können.

1.4.1 Ansprache anpassen

Als erstes sollte die Ansprache neben grundlegenden Säulen einer guten Kommunikation, wie Wertschätzung, Empathie und Akzeptanz männerspezifischen Bedürfnissen entsprechen. Da Gesundheit oft weiblich besetzt ist, eignen sich ggf. Begriffe wie Leistungsfähigkeit, Wohlbefinden oder Lebensqualität eher für die Bewerbung oder Beschreibung von Angeboten (Kölln 2014, 96). Zumindest bei der initialen Ansprache könnten Klischees und Sehnsüchte humorvoll bedient und der Fokus auf ein zu erarbeitendes Ziel gelenkt werden. Wird das Problem im Vordergrund thematisiert, wirkt dies eventuell abschreckend. In der Regel bevorzugen Männer eine bildhafte Sprache und werden gern direkt angesprochen. Statistiken und Zahlen können hilfreich sein, um den Bedarf und die Relevanz von Maßnahmen zu untermauern. Dem, von Männern bevorzugten, spielerischen Zugang bzw. Hang zum ‚mitmachen‘ kann hierbei auch bei ernsteren Themen entsprochen werden. (Beier 2007, 83, 86). Beispielsweise könnten die Häufigkeiten von psychischen Erkrankungen geschätzt oder Selbsttests mittels Fragebogen durchgeführt werden.

Eine bemerkenswerte geschlechtersensible Kampagne, unter dem Motto „REAL MEN. REAL DEPRESSION.“ kommt aus den USA (Möller-Leimkühler 2013, 72). Das Besondere ist, dass Männer, die eine Depression erfolgreich bewältigen konnten, in kurzen Videosequenzen, von ihren Erfahrungen mit der Erkrankung berichten. Dabei sind nicht nur ihre Klarnamen, sondern auch ihre jeweiligen Berufe ersichtlich. Gezeigt werden u. a. ein Feuerwehrmann und ein pensionierter Offizier der Luftwaffe, also auch Vertreter von Berufsgruppen, welche als typisch ‚männlich‘ erachtet werden. Die Männer unterscheiden sich hinsichtlich Alter, Hautfarbe, Herkunft und Ethnie, sodass deutlich wird, dass Depressionen die unterschiedlichsten Menschen und vor allem auch Männer treffen können. Die gezeigten Männer sollen als Vorbild dienen und zur Inanspruchnahme von Hilfe ermutigen, da sie es auch geschafft haben (National Institut of Mental Health 2018).

1.4.2 Niedrigschwelligkeit ermöglichen

Bei Beratungssituationen hat sich herausgestellt, dass Männer einen niedrigschwelligen Zugang bevorzugen. Niedrigschwellig im Sinne von räumlich gut sichtbar, einsehbar und erreichbar sowie ggf. mit aufsuchendem Charakter. Ist den Männern der Ort bzw. die Institution völlig unbekannt, wird ihnen der Zugang erschwert. Zur Inanspruchnahme des Angebotes muss der Ort aufgesucht werden, was mit einer bewussten Entscheidung und aufgrund häufig fehlender Erfahrungswerte mit Beratungssituationen womöglich mit Kontrollverlust, verbunden ist. Für den Erstkontakt ist es deshalb von Vorteil, ein ‚Reinschnuppern‘ zu ermöglichen oder diesen mit Hilfe des Internets bzw. telefonisch anzubieten (Beier 2007, 83). Je nach Kontext eignet sich für Beratungen zum einen der öffentliche Raum, z. B. die Fußgängerzone. Sie bietet die Chance, sich mit dem Umfeld unauffällig vertraut zu machen und bei unangenehmen Momenten die Möglichkeit für Ablenkung oder Flucht zu haben. Zum anderen wären am Arbeitsplatz angesiedelte Beratungsangebote geeignet, da diese ebenfalls einen nahezu aufsuchenden Charakter hätten und nicht das übliche aktive Aufsuchen der Beratungsstellen voraussetzen würden. Mobile Beratungsräumlichkeiten wie ein Infomobil oder Beratungsbus, wären Ideen für wechselnde Beratungsstätten (Trio Virilent 1995, 56, 130). Niedrigschwelligkeit kann durch die Möglichkeit zur Wahl des Gesprächspartners auch personell erfolgen. Bei der Veröffentlichung von Beratungsangeboten könnten die beratend tätigen Personen zum Beispiel mit Foto und einer Kurzbeschreibung vorgestellt werden. Sinnvoll ist es auch, männliche und weibliche Gesprächspartner vor Ort zu beschäftigen. Eine nicht zu unterschätzende Hürde für die Inanspruchnahme von Angeboten ist, die oftmals schlechte Vereinbarkeit dieser mit den jeweiligen Arbeitszeiten. Präventive und gesundheitsförderliche Angebote sollten auch in den Abendstunden oder am Wochenende in Anspruch genommen werden können (Trio Virilent 1995, 60, 119). Generell sind Serviceaspekte, wie kurze Wartezeiten, übersichtlich gestaltete Websites und Verlässlichkeit zu berücksichtigen, um den Männern den Zugang zu erleichtern (Beier 2007, 86).

1.4.3 Ressourcen nutzen

Wie bereits erwähnt, überwiegt in Bezug auf männliches Gesundheitsverhalten die Defizitorientierung. Dabei gibt es Ressourcen, die genutzt werden könnten, wie die oftmals

kritisierte technische Sichtweise und Mentalität zum ‚schnellen durchchecken lassen‘. (Beier 2007, 84). Der Körper wird eher funktional betrachtet und muss leistungsfähig sein, um übergeordnete Ziele zu erreichen und Anforderungen zu erfüllen (Hurrelmann 2007, 50). Um in der gleichen Sprache zu sprechen, können Männer den Auftrag bekommen ein ‚Checkheft‘ zu pflegen. Denkbar wäre dies auch in Hinblick auf psychische und soziale Gesundheit, fordert jedoch eine gewisse Eigenmotivation. Ist diese nicht vorhanden, kann, je nach Setting und Kontext, eine Art der Verpflichtung für Männer überdacht werden (Köln 2014, 20). Dabei kann man bewusst, dass meist ausgeprägte Verantwortungsbewusstsein der Männer für ihre Familie und die Gesellschaft als Motivation nutzen, um die Inanspruchnahme von präventiven Maßnahmen zu legitimieren, wenn eine gewisse Selbstfürsorge ansonsten nicht in Betracht gezogen wird (Beier 2007, 77). Effektiver in diesem Zusammenhang ist zwar die Freiwilligkeit, ein so erzielter und gelungener Erstkontakt könnte jedoch zumindest zum Nachdenken anregen.

Des Weiteren kann man die Technikaffinität vieler Männer nutzen und beispielsweise spezielle Applikationen für das Smartphone entwickeln. Dies mag für den Laufsport leichter als für die psychische Gesundheit sein, eine subtile Verbindung zu diesen Themen wäre dennoch möglich. So kann die Leistungsfähigkeit durch eingebaute Fragen zu Schlafproblemen, Umgang mit Stress oder vorhandenen Energiequellen getestet werden. Liegen die Antworten in einem kritischen Bereich, lassen sich nach der Beantwortung der Fragen, Vorschläge zur Situationsverbesserung bzw. für Hilfsangebote in der näheren Umgebung platzieren. Führt das technische Verständnis von Gesundheit, gerade in Hinblick auf chronische Erkrankungen, zu einer strikten Trennung zwischen schwarz und weiß, im Sinne von gesund und leistungsfähig oder nicht, gibt es die Möglichkeit, Graustufen definieren zu lassen. In diesem Zusammenhang konkrete Ziele und etwas ‚Handfestes‘ zu erarbeiten, ist für lösungsorientierte Männer oft wichtig. An dieser Stelle können Checklisten und zusammenfassende oder exemplarische Handlungsanweisungen nützlich sein (Köln 2014, 201, 214).

1.4.4 Handlungsspielräume erweitern

In Bezug auf ungesunde Kompensationsweisen ist es von Bedeutung, diese nicht einfach wegzunehmen ohne alternative Wege aufzeigen zu können (Köln 2014, 74). Generell sollten Männer in ihrem Selbstverständnis bestätigt sowie die darin enthaltenen gesundheitsfördernden Ressourcen erkannt und gestärkt werden. Die Prämisse ist nicht, von

oben herab und grundlegende Männlichkeitsvorstellungen verändern zu wollen, sondern die Möglichkeit zu geben, Handlungsspielräume zu erweitern (Stiehler 2013, 251). Um Geschlechterstereotypen abzumildern gilt es, tradierte Männlichkeitsvorstellungen in Frage zu stellen, zum Nachdenken anzuregen und neue Kompetenzen zu vermitteln bzw. zu stärken (Bentheim & Haase, 2007, 267). Wenn Stärke bedeuten würde, durch das Zeigen und Äußern von Gefühlen nicht unmittelbar ‚das Gesicht verlieren‘ zu müssen, könnte womöglich Weinen als Stärke interpretiert werden. Es kommt auf die Definition von Stärke an (Kölln 2014, 54 f).

2 Grundlagen der Suizidforschung

Das gesellschaftliche Verständnis in Bezug auf Selbsttötungen hat sich über die Jahre stark gewandelt. Es reichte von einer Verpflichtung zur Selbsttötung in bestimmten Lebenslagen, über den Ausdruck von Freiheit verbunden mit dem größtmöglichen Grad an Selbstbestimmung, bis hin zur Sünde gekoppelt mit gesellschaftlicher Verachtung (Wolfersdorf & Etzersdorfer 2011, 9). Stigmatisierende Begriffe wie ‚Selbstmord‘ oder ‚Freitod‘ werden noch heute verwendet und zeugen von der kriminalisierenden respektive heroisierenden Haltung. Die Bezeichnung ‚Selbstmord‘ wird im fachlichen Diskurs vermieden, da dieser den Suizidenten, mit einem Mörder gleichsetzt, was nichtzutreffend und vor allem für die Hinterbliebenen diffamierend ist (Bronisch 2014, 10). Zudem ist man sich in der Suizidforschung einig, dass der Begriff ‚Freitod‘ schlicht falsch ist, da dies eine „Abwesenheit von psychischer, körperlicher, wirtschaftlicher sowie politischer Not und Einengung“ (Wolfersdorf et al. 2011, 27) voraussetzen würde. In der neueren wissenschaftlichen Literatur wird deshalb der neutrale Begriff ‚Suizid‘ verwendet. Er leitet sich aus dem lateinischen ‚sui cidium‘ (Selbsttötung) oder ‚sui caedere‘ (sich töten) ab (Bronisch 2014, 11).

2.1 Das Spannungsfeld von Suizidalität

Eine einheitliche Definition dessen, was Suizid meint, ist nicht leicht. Streitpunkte gibt es z. B. hinsichtlich des zu betrachtenden Zeitraums, der tatsächlichen Tötungsabsicht und der damit verbundenen Aktivität bzw. Passivität (Wolfersdorf et al. 2011, 24). Aufgrund der Tiefe, der in der wissenschaftlichen Literatur geführten Debatte, erscheint der Autorin die Definition des übergeordneten Begriffs ‚Suizidalität‘ als geeignet. Einer der bekanntesten

Wissenschaftler in der Suizidforschung beschreibt Suizidalität als „...die Summe aller Denk- und Verhaltensweisen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln oder passives Unterlassen oder durch Handelnlassen [sic!] den eigenen Tod anstreben bzw. als mögliches Ergebnis einer Handlung in Kauf nehmen“ (Wolfersdorf 2014, 10). Das Spannungsfeld suizidalen Verhaltens reicht beispielsweise von Extremsportarten, über die Nicht-Einnahme von Medikamenten bis hin zu autoaggressiven Handlungen (Wolfersdorf 2014, 9; Wolfersdorf et al. 2011, 21). Suizidalität ist keine Krankheit, sondern wird als ein Symptom begriffen, welches häufig in Verbindung mit psychosozialen Krisen oder psychischen Erkrankungen auftritt und somit prinzipiell jedem Menschen möglich ist (Wolfersdorf et al. 2011, 26). Es kann „als Ausdruck der Zuspitzung einer seelischen Entwicklung, in der der Mensch verzweifelt über sich selbst und sein eigenes Leben ist und keine Hoffnung erleben oder Perspektiven entwickeln kann“ (Lindner 2006, 20) beschrieben werden. Für die Suizidforschung ist die klare Definition von Suizid und Suizidversuch gerade in Bezug auf das Erstellen von Statistiken von großer Bedeutung. Das Gleiche gilt für die Trennung dieser Begriffe, da sie sich vor allem hinsichtlich der Häufigkeit und der betroffenen Personengruppen in Bezug auf Alter und Geschlecht stark unterscheiden (Bronisch 2014, 16).

2.2 Statistiken und Risikofaktoren

Im Jahr 1980 starben in Deutschland ca. 18.000 Menschen (siehe Abbildung 1) durch Suizid (Statistisches Bundesamt 2018a). Im Verlauf der Zeit sank die Anzahl bis 2008 zwar kontinuierlich, ist mit 10.078 Menschen, die sich 2015 das Leben nahmen, jedoch noch immer schockierend hoch (ebd.).

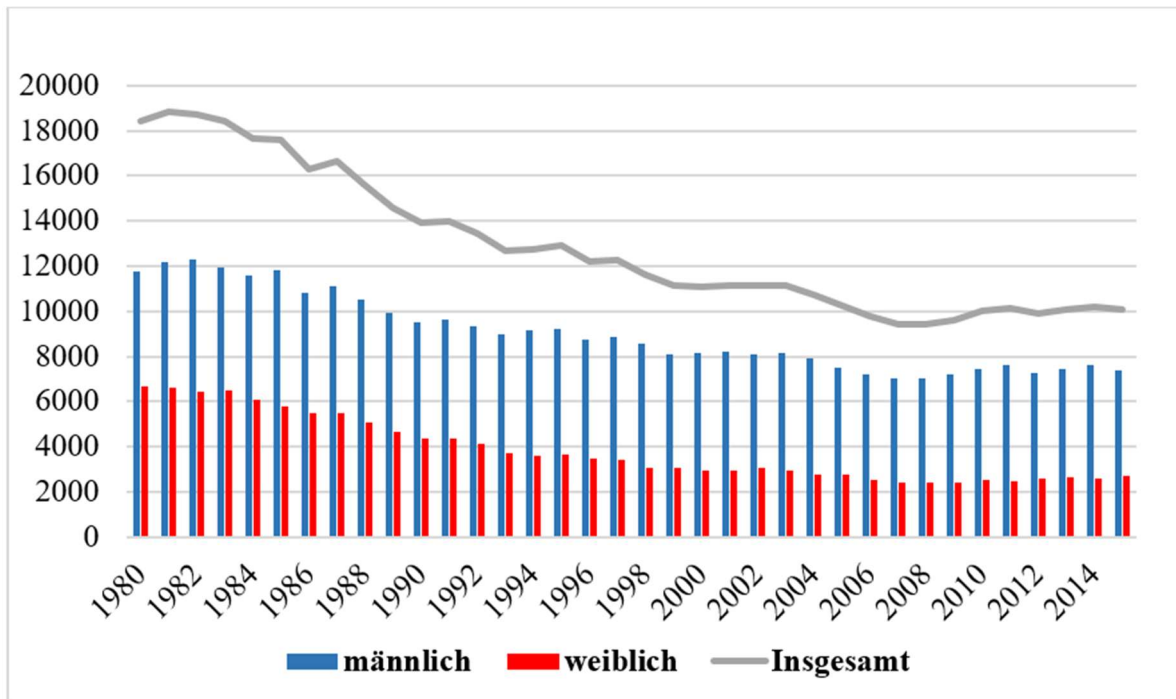


Abbildung 1: Geschlechterverteilung der Suizide 1980 - 2015, Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes (Statistisches Bundesamt 2018a)

Auffallend im Verlauf der letzten Jahre ist (siehe Abbildung 1), dass Männer doppelt bis dreimal so häufig betroffen sind wie Frauen (Wolfersdorf et al. 2011, 40; Lindner 2006, 73). Im Jahr 2015 starben auf diese Art 7.397 Männer und 2.681 Frauen (Statistisches Bundesamt 2018a). Ein weiteres Phänomen ist, dass mit steigendem Alter die Suizidmortalität bei beiden Geschlechtern zunimmt (Wolfersdorf et al. 2011, 41; Bronisch 2014, 22). Entgegengesetzt verhält es sich bei den Suizidversuchen, welche mit bis zu 100.000 pro Jahr in Deutschland um ein Vielfaches höher geschätzt werden (Wolfersdorf 2014, 7). Zudem sind junge Frauen bei Suizidversuchen am häufigsten betroffen (Bronisch 2014, 22; Linden 1969, 6). Die Suizidrate ist im Vergleich zu den Männern jedoch deutlich geringer, was als ‚Gender-Paradox‘ bezeichnet wird (Wolfersdorf & Plöderl 2016, 267). Erklärungsversuche für die große geschlechterspezifische Kluft bei vollendeten Suiziden gibt es diverse. Genannt werden neben der Wahl der Suizidmethode und den damit verbundenen Grad der Letalität, die verschiedenen hohe Impulsivität und ein geschlechtsspezifisch differentes Inanspruchnahme-Verhalten von Hilfsangeboten (Lindner 2006, 73 f). Neben Alter und Geschlecht gibt es noch weitere Risikofaktoren für suizidales Verhalten. Mehrere Studien führten psychologische Autopsien bei Personen nach vollendetem Suizid durch. Dabei wurden unterschiedliche Informationsquellen, wie die Krankenakten stationärer Aufenthalte sowie die Befragung von Angehörigen, Ärzt/inn/en und Psychotherapeut/inn/en genutzt, um die Entstehungsbedingungen des Suizides einschätzen zu können. Retrospektiv wurde mittels dieser psychologischen Autopsien bei 86-100% der Suizidenten eine psychiatrische Diagnose

gestellt (Bronisch 2014, 36, 43). Am häufigsten suizidierten sich Menschen, die an affektiven Störungen (z. B. Depressionen) litten, welche als gut behandelbar gelten, gefolgt von Suchterkrankungen und Schizophrenien (Schneider 2003, 30). Weitere Risikofaktoren sind allgemein traumatisierende Situationen und Veränderungskrisen, wie soziale Isolation, Arbeitslosigkeit, chronische körperliche Erkrankung, Schmerzen, Migration oder ein vorausgegangener Suizidversuch (Wolfersdorf 2008, 24; Wolfersdorf et al. 2011, 123).

2.3 Stadien der Suizidalität

In Bezug auf Suizidalität gibt es häufig Fehlinformationen und Wissensdefizite, die in der Suizidprävention von Bedeutung sind. Zu nennen wäre hier beispielsweise, dass Menschen, die von Suizidgedanken berichten, sich nicht tatsächlich umbringen. Dabei ist erwiesen, dass 80% der Menschen, die einen Suizid unternehmen, diesen vorher ankündigen und somit eine Chance besteht, ihnen zu helfen. Weit verbreitet ist auch die Behauptung, dass wer sich wirklich umbringen will, nicht davon abzubringen ist (Sonneck, Kapusta, Tomandl & Voracek 2016, 256). Den meisten suizidalen Handlungen geht jedoch eine Entwicklung, die in drei Stadien gegliedert werden kann, voraus (Pöldinger 1968, 20).

	Stadium I Erwägung	Stadium II Ambivalenz	Stadium III Entschluss
Kennzeichen	<ul style="list-style-type: none"> • Möglichkeit der Problemlösung • Aggressionshemmung • Soziale Isolierung <p>➤ Suizidgedanken</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Innerer Kampf • Unschlüssigkeit <p>➤ Suizidimpulse</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Innere Ruhe • Resignation • Vorbereitungs- handlungen <p>➤ Suizidhandlung</p>
Distanzierungs- und Steuerungsfähigkeit	erhalten	eingeschränkt	aufgehoben
Mögliche Signale	Hinweise & Appelle	Direkte Ankündigungen & Hilferufe	Indirekte Ankündigungen

Abbildung 2: Stadien der Suizidalität, Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Pöldinger (Sonneck et al. 2016, 176; Wolfersdorf 2011, 67 & Pöldinger 1968, 20)

Es beginnt mit dem Stadium der Erwägung, in dem Suizid als mögliche Problemlösung betrachtet wird und erstmals Suizidgedanken oder Todeswünsche auftreten. Das erste Stadium wird durch soziale Isolierung und Aggressionen, welche nicht nach außen, sondern auf die

eigene Person gerichtet werden, auch Aggressivitätshemmung genannt, bestimmt. In dieser Phase können sich Betroffene noch von den Suizidgedanken distanzieren, haben Hoffnung und suchen nach Hilfe. Darauf folgt das Ambivalenzstadium, in dem sich die Betroffenen mit ihrer Suizidalität innerlich auseinandersetzen und es zu einem Kampf zwischen selbsterhaltenden und selbstzerstörenden Tendenzen kommt. Häufig wird dieses Stadium von direkten Suizidankündigungen begleitet. Im letzten Stadium, dem Stadium des Entschlusses, wirkt der Betroffene oft ruhig und es scheint sich eine Besserung der Symptomatik einzustellen, da die Entscheidung zum Suizid und damit das Überwinden der Ambivalenz mit einem Gefühl der Erleichterung einhergehen. Die Betroffenen haben nun konkrete Vorstellungen bezüglich des Suizidvorhabens und treffen vorbereitende Handlungen (Wolfersdorf et al. 2011, 68 f; Sonneck et al. 2016, 176). Bei Kurzschlusshandlungen mit plötzlich einschießenden Selbstvernichtungsimpulsen, welche häufig bei Schizophrenien oder unter Drogeneinfluss beobachtet werden, läuft die suizidale Entwicklung in einer Art Zeitraffer ab (Pöldinger 1968, 20 f). Es ist somit keinesfalls so, dass die Entscheidung zum Suizid von Beginn an unumstößlich und nicht abwendbar ist.

Die Suizidankündigungen im ersten und zweiten Stadium, welche auch als ‚cry for help‘ bezeichnet werden, geben Dritten die Chance zu helfen und den Suizidgefährdeten positiv zu beeinflussen. Je weiter fortgeschritten das Stadium ist, desto schwieriger wird es, für den Betroffenen, seine Entscheidung zu revidieren und sich von den Suizidgedanken zu distanzieren (Sonneck et al. 2016, 176; Wolfersdorf 2011, 68 f). Präventionsmaßnahmen sollten Suizidalität somit möglichst frühzeitig erkennen und ihr entgegenwirken bzw. die Entstehung von Suizidalität im Vorfeld verhindern.

2.4 Prävention von Suiziden

Der Begriff ‚Suizidprävention‘ kann unter Umständen irritieren, da eigentlich von Krankheitsprävention die Rede ist, Suizid jedoch keine Krankheit, sondern eher ein Symptom darstellt (vgl. Kapitel 2.1). In der Fachliteratur sowie in der Praxis wird diese Bezeichnung trotz allem verwendet, da die Ursachen für Suizidalität sehr unterschiedlich und individuell sind. Ziel der Suizidprävention im engeren Sinne ist es, zu verhindern, dass Menschen mit Suizidgedanken diese in die Tat umsetzen. Etwas weiter gefasst bedeutet es, akuten Leidensdruck, z. B. durch belastende psychosoziale Situationen, zu reduzieren, Hoffnungslosigkeit zu minimieren und bei der Entwicklung von Perspektiven zu unterstützen

(Wolfersdorf et al. 2011, 104). Suizidpräventive Wirkung zeigen günstige Bedingungen zur Sozialisation in Familie und Schule, eine geringe Arbeitslosigkeit, wirtschaftlicher Wohlstand und kontaktstiftende Einrichtungen wie Vereine und Gruppen der Freizeitgestaltung (Eink & Haltenhof 2017, 119 f).

2.4.1 Interventionsansätze

Wie in Kapitel 1.1 beschrieben, können Maßnahmen auch in der Suizidprävention nach zeitlichem Ansatz in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention gegliedert werden. Primärprävention soll die Entstehung von suizidalen Krisen bei gesunden wie kranken Menschen verhindern. Die Verhinderung von suizidalen Handlungen bei suizidgefährdeten Menschen wird der Sekundärprävention zugeschrieben und die Verhinderung erneuter suizidaler Handlungen nach Suizidversuch der Tertiärprävention (Eink et al. 2017, 118). Die Einteilung in generelle und spezielle Suizidprävention (siehe Abbildung 3) ist eine weitere Möglichkeit der Gliederung. Erstere hat einen eher gesundheitsfördernden Ansatz und zielt durch pädagogische, soziale, psychologische oder medizinische Maßnahmen, auf eine Ressourcenstärkung ab. Diese sollen eine allgemeine Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen bewirken. Die spezielle Suizidprävention kann in indirekt und direkt unterteilt werden (Sonneck et al. 2016, 298 f). Prä-, Inter- und Postvention suizidalen Verhaltens (ebd.), zu denen Angebote wie beispielweise die Telefonseelsorge, psychosoziale Beratungsstellen sowie Krisendienste oder Selbsthilfegruppen für Angehörige wie AGUS (Angehörige um Suizid), gehören zur direkten Suizidprävention. Zur gleichen Gruppe zählen individuelle Beschränkung der Zugangswege zu Suizidmitteln, auch ‚Closing the exits‘ genannt (ebd.), wie z. B. die Entwendung scharfer Gegenstände bei einer gefährdeten Person. Indirekte Suizidprävention richtet sich auch an Personen, die bisher nicht suizidal sind, aber ggf. zu einer Risikogruppe, wie psychisch kranke oder sozial isolierte, ältere Menschen gehören (ebd.). Hierfür eignen sich beispielweise Antistigma und Awareness Kampagnen, um die Bevölkerung zu sensibilisieren und informieren. ‚Closing the exits‘ ist auch indirekt möglich und erfolgt dabei auf allgemeiner Ebene wie zum Beispiel durch Waffengesetze, Packungsgrößen sowie Regelungen zur Verschreibung von Medikamenten, bauliche Maßnahmen, aber auch durch die mediale Berichterstattung im Zusammenhang mit Suiziden, um Imitationsverhalten zu vermeiden (Sonneck et al. 2016, 298 f).

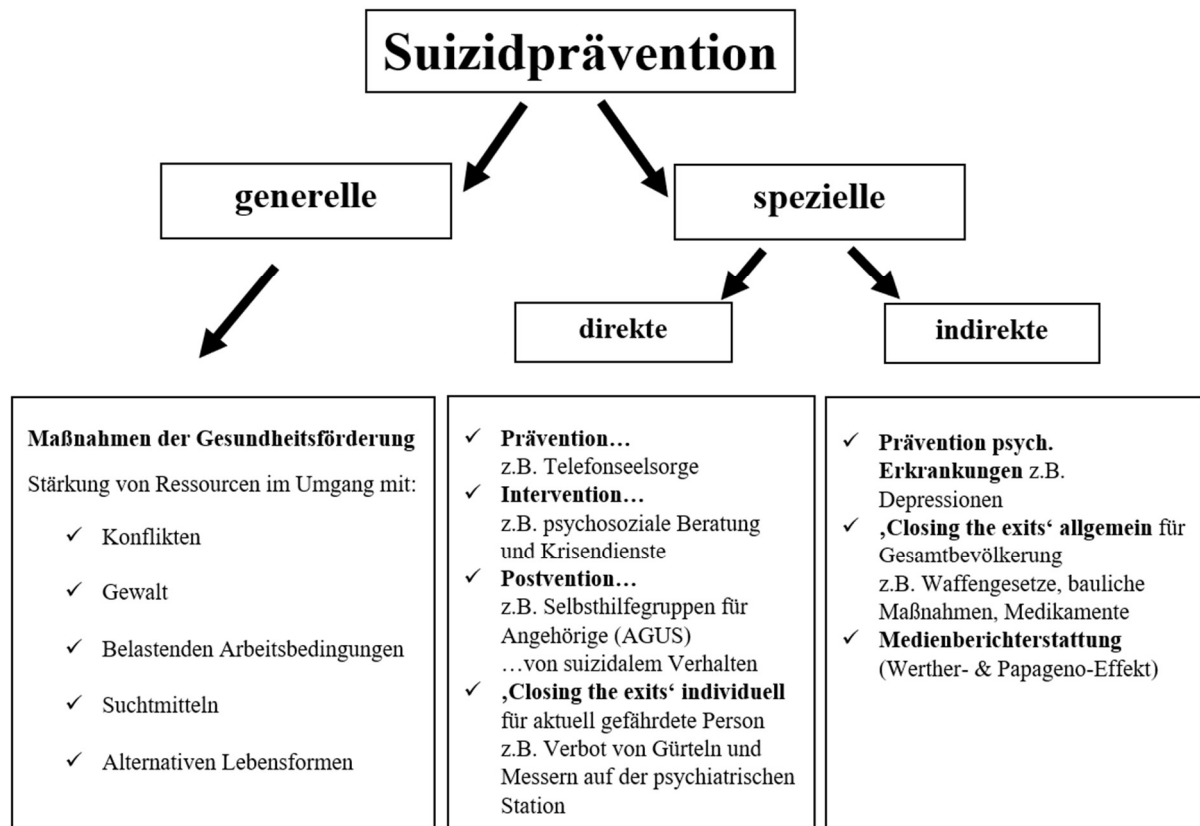


Abbildung 3: Schematische Übersicht der Suizidprävention, Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Sonneck et al. (2016, 299)

2.4.2 Mediale Berichterstattung und Öffentlichkeitsarbeit

Der Zusammenhang einer Konfrontation mit suizidalem Verhalten durch mediale Berichterstattung und die Nachahmung von Suiziden wird ‚Werther-Effekt‘ genannt und ist mittlerweile unstrittig. Die Namensgebung geht auf GOETHES Werk ‚Die Leiden des jungen Werther‘ zurück, welches eine Reihe an Suiziden nach sich gezogen haben soll. Kritisch zu sehen ist hierbei vor allem die Heroisierung der Romanfigur, die Nennung der Suizidmethode und der Suizid als unausweichliche Handlung (Wolfersdorf et al. 2011, 142). Es gibt jedoch auch Möglichkeiten, mediale Berichterstattung im Sinne der Suizidprävention zu nutzen. Dies kann zum sogenannten ‚Papageno-Effekt‘ führen, der als Pendant zum ‚Werther-Effekt‘, nach der Figur aus MOZARTS ‚Zauberflöte‘ benannt ist, welcher eine suizidale Krise mit Hilfe überwindet (Wolfersdorf 2011, 143). Wichtig ist hierbei, dass Suizidalität nicht mit einer Suizidhandlung endet, sondern Alternativen durch positive Beispiele einer Krisenbewältigung sowie regionale und überregionale Hilfsangebote aufgezeigt werden. Protektiv wirken des Weiteren Informationen zu Hintergründen von Suizidgefährdung, wie psychische Erkrankungen sowie anderen Risikofaktoren und Warnsignalen. Vermieden werden sollte

hingegen alles, was zu einer Identifizierung mit dem Suizidenten führen kann, wie die Verwendung von Fotos oder ein Bericht auf der Titelseite (NaSPro 2006). So können Medien mittels ‚Anti-Stigma- oder Awareness-Kampagnen‘, vor allem in Bezug auf psychische Erkrankungen und den Umgang mit suizidalen Personen genutzt werden, um die Bevölkerung aufzuklären und zu sensibilisieren. Leider besteht diesbezüglich noch großer Nachholbedarf (Bronisch 2014, 103). Zudem benötigt die Öffentlichkeitsarbeit und Medienberichterstattung noch mehr wissenschaftliche Bestätigung (Wolfersdorf et al. 2011, 107).

2.4.3 Suizidprävention als kommunale Aufgabe

Eines der größten Herausforderungen in der Suizidprävention stellt das Tabu des Themas in unserer Gesellschaft dar. Viele Menschen haben Bedenken, andere Personen auf Suizidgedanken hin anzusprechen, da sie Angst haben, sie könnten sie erst auf diese Ideen bringen und somit gefährden. Für Betroffene ist es hingegen eine erhebliche Entlastung, wenn sie die Möglichkeit bekommen, ihr Suizidgedanken mit jemandem besprechen zu können (Sonneck 2016, 256 f). Um zu Enttabuisieren und Mythen wie diese zu entkräften, bedarf es der Aufklärung der Bevölkerung. Auf nationaler Ebene ist dies die Aufgabe des Nationalen Suizidpräventions-Programms (NaSPro), an dem sich Bundestag, Ministerien, Fachgesellschaften und viele andere Akteure mehr beteiligen (NaSPro 2018). Bisher einzigartig in Deutschland ist dieses Engagement auf kommunaler Ebene und deshalb nachfolgend kurz vorgestellt.

Das Frankfurt Netzwerk für Suizidprävention (FRANS) wurde 2014, mit dem übergeordneten Ziel die Suizidzahlen in Frankfurt zu senken, gegründet. Dies soll über die Weiterentwicklung von Hilfsangeboten, Sensibilisierung der Bevölkerung und Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen, einschließlich Suizid, erreicht werden. FRANS gehören 70 professionelle Organisationen und Institutionen, welche in Kontakt mit suizidalen Menschen stehen bzw. Berührungspunkte zur Suizidprävention haben, an (FRANS 2018a). Mitglieder sind unter anderem die vier psychiatrisch tätigen Kliniken in und um Frankfurt, psychosoziale Beratungsstellen, verschiedene Ämtern der Stadt Frankfurt, Polizei, Feuerwehr, die Selbsthilfe-Kontaktstelle und diverse Vereine wie z. B. AGUS und das Bündnis gegen Depression (FRANS 2018b). Koordiniert wird das, aus mehreren Arbeitskreisen bestehende, Netzwerk vom Gesundheitsamt der Stadt Frankfurt. Die einzelnen Arbeitskreise beschäftigen sich mit den Themen Krisenversorgung, Vernetzung, Fortbildung, Datenqualität und Öffentlichkeitsarbeit (FRANS 2018a). Wünschenswert wäre eine Nachahmung der Initiative

in anderen Städten, da Hilfsangebote für Männer (und Frauen) so gezielter, als ausschließlich auf nationaler Ebene, gestaltet werden könnten.

3 Entwicklung einer geschlechtsspezifischen Suizidprävention

In den Kapiteln 1 und 2 wurde ersichtlich, wie groß Geschlechterunterschiede in Bezug auf Gesundheit sowie Krankheit sind und somit wie relevant dieser Faktor in der Suizidprävention ist. Einerseits gibt es Jungen- und Männerarbeit, in der geschlechtersensibel vorgegangen wird, um Chancengleichheit zu ermöglichen, die jedoch dabei noch zu wenig auf (psychische) Gesundheit eingeht. Dies bestätigt eine Evaluation zur Jungenarbeit des Münchner Kreisjugendrings (Rausch 2014, 28). Andererseits gibt es bereits Projekte und Interventionen zur Suizidprävention, wie beispielsweise durch die Arbeit von FRANS, nur bisher weitestgehend ohne geschlechtsspezifische Angebote. Männer(gesundheits)forschung und Suizidpräventionsforschung sind nicht völlig neu und vereinzelt schon in der Praxis angekommen, jedoch finden die Erkenntnisse beider Disziplinen überwiegend noch nicht zueinander. Durch das Schaffen frauenfreier Räume, wie beispielsweise Mönnersprechstunden und Mönnersentren, könnten sich Jungen und Männer besser öffnen und austauschen (Beier 2007, 85). Nachfolgend werden deshalb Anregungen für geschlechtersensible Suizidprävention für Jungen und Männer gegeben. Diese werden in die drei altersspezifischen Zielgruppen, Jungen und männliche Jugendliche, erwachsene Männer und ältere Männer gegliedert und mit ihren primären Settings (siehe Abbildung 4) verknüpft.

Zielgruppen	Jungen und männliche Jugendliche	Erwachsene Männer	Ältere Männer
Settings	Schulen	Arbeitsstätten Kneipen	
	Sportvereine und Interessenverbände Kommunen		
Hauptziel	Suizidrate der Zielgruppen senken		
Teilziele	Vorhandenes Bewusstsein für psychische Erkrankungen und Suizidalität Kenntnisse über und Inanspruchnahme von Hilfen Gestärkte gesundheitsfördernde Kompetenzen		
Interventionsmöglichkeiten	Niedrigschwelligkeit und geschlechterspezifische Ansprache sicherstellen Schulungen für relevante Akteure im jeweiligen Setting hinsichtlich Suizidprävention anbieten Suizidprävention als kommunale Aufgabe erkennen		
	Projekt "What a man!?" Förderung von Peer-Projekten	Screenings Entwicklung männerspezifischer Entspannungsmöglichkeiten	"Info-Kneipe" "Männerwerkstatt"
Inhaltliche Schwerpunkte	Gesundheitsförderliche Handlungsspielräume und Optionen ausbauen Gesundheitsrelevante Ressourcen analysieren und nutzen		
	Diskussion über Männlichkeit und gesundheitsrelevantes Risikoverhalten	Geschlechtsspezifisches betriebliches Gesundheitsmanagement Male-depression	Förderung von Teilhabe und Sinnstiftung

Abbildung 4: Geschlechtsspezifische Interventionsmöglichkeiten der Suizidprävention im Überblick, Quelle: Eigene Darstellung

Da das gesundheitlich schlechtere Abschneiden von Jungen und Männern in bestimmten Aspekten hauptsächlich auf Genderaspekten beruht (vgl. Kapitel 1.2) und somit auf sozial sowie gesellschaftlich konstruierte Geschlechterstereotypen zurückzuführen ist, sollten Interventionen diese behutsam hinterfragen und Alternativen aufzeigen. Der Abbau von männlichkeitsbildenden Identitäten erscheint auf den ersten Blick sinnvoll, ist in radikaler Form jedoch realitätsfern. Vor allem männliche Jugendliche sind auf gruppenidentitätsstiftende Vorstellungen angewiesen. Übergeordnetes Ziel für die drei Altersgruppen sollte deshalb die Erweiterung von Spielräumen und der Ausbau neuer Handlungsoptionen sein (Stiehler 2013, 255). Zudem sollte in, von Jungen und Männern genutzten Settings, vermehrt auf niedrigschwellige und anonyme Wege hingewiesen werden, damit diese die Möglichkeit bekommen, sich über gesundheitliche Themen zu informieren. Eine geeignete Adresse dafür wäre zum Beispiel die Webseite des Portals für Männergesundheit, welches die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung seit 2012, speziell für die männliche Zielgruppe zur Verfügung stellt. Zudem lassen sich dort für Männer aufbereitete Informationsflyer zu diversen gesundheitlichen Themen finden, wie

beispielsweise Burn-out und ‚Work-Life-Balance‘, welche in den Institutionen ausgelegt werden können (Männergesundheitsportal 2018).

3.1 Zielgruppe Jungen und männliche Jugendliche

Geeignete Settings zur Suizidprävention für Kinder und Jugendliche, stellen vor allem Kindertagesstätten, Schulen, Sportvereine, Jugendzentren oder andere Interessengemeinschaften dar (Sonneck et al. 2016, 302). Die Bedarfe können je nach Setting sehr unterschiedlich sein und müssen individuell analysiert werden. Erkenntnisse aus dem Bereich der Suchtprävention zeigen, dass Interventionen, die auf ein gesundes Selbstwertgefühl sowie ein positives Verhältnis zum eigenen Körper abzielen, möglichst früh beginnen sollten (Kammerer & Sommer 2009, 193, 196). Da Sucht bei der Entwicklung von Suizidalität eine Rolle spielen kann, sollten diese Aspekte auch in der Suizidprävention zum Tragen kommen. In Kindertagesstätten steht in diesem Zusammenhang speziell für Jungen, z. B. das Akzeptieren und Äußern von Gefühlen im Vordergrund (Kammerer et al. 2009, 200). Im Schulalltag hingegen ist ggf. das Schaffen von Strukturen, die Phasen der An- und Entspannung ermöglichen, wichtiger (Neubauer & Winter 2009, 185). Da eine Betrachtung aller infrage kommenden Settings in diesem Rahmen nicht möglich ist, wird sich die Autorin nachfolgend auf das Setting Schule beziehen.

Nach Suiziden von Kindern und Jugendlichen, wird in den Medien häufig von ‚Schülersuiziden‘ gesprochen, was den Schluss zulässt, dass diese in unmittelbarem Zusammenhang mit der Schule und der Rolle des Schülers bzw. der Schülerin stehen. Das Setting Schule kann aufgrund steigenden Leistungs- und Notendruck oder zwischenmenschlicher Probleme ein Auslöser sein. Die Ursachen werden jedoch überwiegend in einer gestörten Eltern-Kind-Beziehung oder in der Persönlichkeitsstruktur des Kindes gesehen (Langer 2001, 256). Nichts desto trotz kann Schule einen Beitrag zur Suizidprävention leisten. SONNECK et al. sprechen sich explizit für die Behandlung von Themen im schulischen Kontext, wie Konflikterkennung und -lösung sowie adäquates Reagieren bei Krisen, Depressionen und Suizidproblemen aus. Demnach sollte auf Anzeichen wie auffallende Müdigkeit, Isolation, Aggression, Wutanfälle, Schulschwänzen, Substanzmissbrauch oder Suizidankündigungen geachtet werden (2016, 302). Die Entstehung und das Erkennen von Suizidalität, vor allem bei Jugendlichen, sowie begünstigende Faktoren und Möglichkeiten der Hilfe können in den höheren Klassenstufen Teil des Ethik- oder Religionsunterrichtes sein. Von Vorteil ist es, wenn die Lehrkraft die zu unterrichtenden

Schüler und Schülerinnen gut kennt und ggf. Wissen über Suizide in deren Umfeld hat. Ein einfühlsamer Umgang mit dem Thema sowie die Möglichkeit der Inanspruchnahme eines Schulseelsorgers/ einer Schulseelsorgerin bzw. eines Schulsozialarbeiters/ einer Schulsozialarbeiterin sollten gegeben sein (Langer 2001, 277 ff).

Voraussetzung für die geschlechtersensible Arbeit mit Jungen und männlichen Jugendlichen ist eine akzeptierende, empathische und wertschätzende Grundhaltung, sowie eine vertrauensvolle Beziehungsarbeit (Debus, Könnecke, Schwerma & Stuve 2012, 10 f). Übergeordnetes Ziel sollte es sein, ihr Selbstwertgefühl zu stärken und ihnen zu ermöglichen, verschiedene Männlichkeiten kennenzulernen und kritisch zu hinterfragen. Vorteilhaft dafür wären ausreichend männliche Erzieher, Lehrer oder Pädagogen, besonders in Kindertagesstätten und Grundschulen, um frühzeitig realistische Rollenmodelle und Identifikationsfiguren anbieten zu können (Stier & Winter 2013, 297). Ansonsten verläuft die Geschlechtsidentifikation der Jungen zunehmend indirekt, in dem männlich ist, was nicht als weiblich angesehen wird. Da sie jedoch größtenteils von Frauen erzogen und betreut werden, führt dies häufig zu Problemen und vermeintlich unangepasstem Verhalten (Kammerer et al. 2009, 194). Unabhängig vom Geschlecht der betreuenden und lehrenden Personen, sollten diese entsprechend geschult werden. Inhalt der Schulungen müsste die Sensibilität, betreffend sexueller wie geschlechtlicher Vielfalt und Sprache sein, um bewusste und unbewusste Rollenzuschreibungen und -erwartungen zu vermeiden (Könnecke 2012, 63). Ergänzt werden kann dies durch Themen genderspezifischer Aspekte von Gesundheit und Suizidalität. Nachfolgend wird ein konkretes Projekt für männliche Jugendliche und junge Männer vorgestellt sowie die Möglichkeit einer Übertragung in den Kontext Suizidprävention dargestellt. Im Anschluss werden die Chancen und Grenzen eines Peer-Ansatzes geschildert.

3.1.1 Kurzvorstellung Projekt SPEED

Eine erfolgreiche Intervention zur Gesundheitsförderung an Schulen mit männlichen Jugendlichen, ist das Projekt SPEED. Es setzt sich mit einem zentralen Risikoverhalten, dem Rasen, auseinander und inwieweit dies männlich ist. Man konzentriert sich darauf, partizipativ mit den geschlechtshomogenen Schülergruppen zu arbeiten und nimmt in Kauf keine, vermutlich weniger nachhaltige, massentaugliche Informationsveranstaltung abzuhalten. Ziel des Projektes ist es, positive Aspekte des Risikoverhaltens herauszuarbeiten und zu stärken sowie die gesundheitsgefährdende Handlung zu minimieren. Vorteile bzw. positive Funktionen des Rasens waren demnach Spaß, Abenteuerlust, Identitätsbildung und

Gruppenzugehörigkeit. Darüber hinaus fiel auf, dass männliche Jugendliche dazu neigten, Geschlechterrollen zu überzeichnen. In Bezug auf Männlichkeit existierten zwei fiktive Pole, zwischen denen es keine Graustufen geben durfte, z. B. mutig wie ein Held und ängstlich wie eine Memme. Wichtig in der Arbeit mit den Schülern, war zudem, die bestehenden Rollenbilder nicht kategorisch abzulehnen, sondern ihnen Alternativen, welche mit Ihrem Selbstbild übereinstimmten, aufzuzeigen. Es wurden keine unrealistischen Ziele formuliert und positive sowie negative Auswirkungen des Risikoverhaltens abgewogen. Des Weiteren war ein landesweiter Wettbewerb Teil des Projektes, in dem Schülergruppen mit selbstentworfenen Plakaten und Slogans gegeneinander antraten. Dies wirkte sich positiv auf die Motivation aus und gewährleistete die Partizipation der Schüler. In Gruppenarbeiten und Rollenspielen konnten soziale Kompetenzen erworben und ein wertneutraler Austausch erfolgen. (Stiehler 2013, 255 f).

3.1.2 Projektvision „What a man!?“

Die Grundzüge des vorgestellten Projektes, wie der geschützte Rahmen innerhalb der geschlechtshomogenen Kleingruppen und der akzeptierende und ressourcenorientierte Ansatz, scheinen der Autorin geeignet zu sein, um ein sensibles Thema wie Suizid zu behandeln. Darüber hinaus gibt es eine, Suizid und Rasen verbindende, Gemeinsamkeit, da beides nicht vorhersehbare, traumatisierende Folgen für Außenstehende haben kann. Im Projekt „What a man!“ könnte den Schülern die Frage gestellt werden, inwieweit Suizid männlich ist. Womöglich entstehen ähnliche Überzeichnungen mit zwei schwarz-weißen Polen wie Feigheit oder Heldentum, Freiwilligkeit oder Einengung bzw. Egoismus oder ein ‚nicht zur Last fallen‘. Diese könnten diskutiert und die eigene Einstellung reflektiert werden. Wie bei dem Projekt SPEED wäre ein Wettbewerb mit einer eigenen kleinen Plakatkampagne unter dem Motto „Man(n) lass dir helfen!“ möglich. Dabei können die Schüler kreativ werden und zeitgleich hinterfragen, ob ihre Vorstellungen von Männlichkeit vereinbar mit der Inanspruchnahme von Hilfe sind. Auf die Bearbeitung von Fallbeispielen mittels Texten, Liedern oder Filmen sollte im schulischen Kontext verzichtet werden, außer die suizidale Phase kann erfolgreich überwunden werden (Langer 2001, 278). Der schwedische Film EIN MANN NAMENS OVE welcher die Suizidalität eines Mannes auf sehr einfühlsame und dennoch humorvolle Weise behandelt, berücksichtigt den ‚Papageno-Effekt‘ (vgl. Kapitel 2.4.2) und kann im Unterricht oder im Rahmen des Projektes, gezeigt und besprochen werden. Alternativ zu den Lehrenden, wäre die Leitung bzw. Unterstützung dieses Projektes durch

Schulgesundheitsfachkräfte, welche seit Anfang 2017 in Hessen und Brandenburg in einem Modellprojekt eingesetzt werden (Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung 2018), denkbar. Sie könnten somit zu ausgewählten Themen wie z. B. Suizidalität entsprechend geschult werden und für Lehrer/innen, Schüler/innen und ggf. Eltern als Multiplikator/inn/en dienen.

3.1.3 Peer-to-Peer-Projekte

Ein Problem bei Kindern und Jugendlichen ist, dass mit steigender Suizidgefährdung die Tendenz abnimmt, sich Erwachsenen anzuvertrauen. Ein verstärkter Peer-Ansatz an Bildungseinrichtungen wäre demnach sinnvoll. (Langer 2001, 299). Peers sind dabei als Gleichgesinnte, im Sinne des Alters, aber auch hinsichtlich ihrer sozialen Rolle zu verstehen z. B. Schüler/innen der gleichen Schule. Am erfolgreichsten sind Projekte, bei denen die Peers zudem ähnliche Erfahrungen in Bezug auf das zu behandelnde Thema gemacht haben. Populär ist der Peer-Ansatz deshalb vor allem in der Sucht- und Gewaltprävention. Die Peers arbeiten freiwillig in den Projekten und reflektieren zu Beginn intensiv ihre eigenen Haltungen und Erfahrungen. Zudem werden sie im Vorfeld von professionellen Sozialarbeitern/Sozialarbeiterinnen bzw. Pädagog/inn/en geschult und während des Projektes supervidiert (Rohr, Strauß, Aschmann & Ritter 2016, 7 f). Übergeordnetes Ziel soll der Zugang zur Zielgruppe und die Auseinandersetzung mit der jeweiligen Thematik sein. Der Peer-Ansatz soll keinesfalls professionelle Hilfe ersetzen, sondern ggf. an spezifische Angebote vermitteln, weshalb eine gute Vernetzung wichtig ist. (Rohr et al. 2016, 249; Langer 2001, 300). Da es vermutlich nicht möglich ist, an jeder Schule einen Peer-Ansatz zu verfolgen, kommt hier gerade für ländlichere Gegenden auch Telefonberatungen bzw. Mailberatung durch Peers infrage. Nennenswerte Initiativen wären z. B. die ‚NightLine‘ als telefonisches Angebot von Studierenden für Studierende von 21:00 bis 1:00 bzw. 3:00 Uhr (Köstler 2013, 11, 26) oder ‚U25‘ als Peer-Mailberatungsangebot der Caritas für Jugendliche mit Suizidgedanken oder anderen Problemlagen (U25 2018). Diese Angebote gibt es jedoch längst nicht flächendeckend und müssten weiter ausgebaut werden. In Bezug auf das Setting Schule wären Peer-Projekte, wenn nicht vor Ort an der Schule, zumindest als Telefon- bzw. Mailberatung in jedem Landkreis in Deutschland erstrebenswert. Bisher sind die Peer-Projekte nicht geschlechterspezifisch organisiert. Spezielle Beratungszeiten von männlichen Peers für männliche Peers bzw. umgekehrt von und für weibliche Peers, wären jedoch relativ

leicht realisierbar, um dies bei der Beratung zu berücksichtigen. Des Weiteren könnten geschlechtersensible Aspekte bei Beratungssituationen Teil der Peer-Schulungen werden.

3.2 Zielgruppe erwachsene Männer

Im Vergleich zu Jungen und männlichen Jugendlichen, sind erwachsene Männer schwieriger örtlich zu erreichen. Als Alternativen bieten sich Arbeitsplatz, Sportvereine, Fußballstadien oder Kneipen an, welche jedoch keine pädagogisch geprägten Orte sind. Ein Großteil der Männer im mittleren Lebensalter steht präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen eher skeptisch und nicht gerade unvoreingenommen gegenüber. Solange die Notwendigkeit einer Maßnahme und der unmittelbare Nutzen nicht erkennbar sind, sehen sie sich nur ungern in der Rolle der Lernenden. Wenn Maßnahmen dann noch, ohne dass ein Leidensdruck besteht, von oben herab und an der Lebenswirklichkeit der Männer vorbei gehen, haben die Bemühungen kaum eine Chance. Hier kommt es also auf viel Fingerspitzengefühl an, die Problemlagen und Besonderheiten des jeweiligen Settings zu erkennen und zu berücksichtigen (Stiehler 2013, 257). In den folgenden zwei Unterkapiteln werden die suizidpräventiven Chancen des betrieblichen Gesundheitsmanagements sowie der Einbindung niedergelassener Ärzte beschrieben.

3.2.1 Möglichkeiten des betrieblichen Gesundheitsmanagements

Für die Gesundheit von Männern ist die Erwerbstätigkeit ein zweischneidiges Schwert. Einerseits ist Arbeit für sie stark identitätsstiftend (Hurrelmann 2007, 53) sowie der Ort der Selbstverwirklichung und damit wichtig für ihr Selbstwertgefühl (Kölln 2014, 114), andererseits ist sie eine mögliche Gesundheitsbelastung (RKI 2014, 147 f). Zum einen arbeiten Männer häufiger in Vollzeit und im Schichtdienst sowie in Berufen mit höheren gesundheitlichen Risiken als Frauen. Sie sind öfter in Führungspositionen, welche zwar besser bezahlt, aber ebenfalls mit längeren Arbeitszeiten sowie höherem Leistungs-, Zeit- und Erfolgsdruck verbunden sind (Reuyß & Kassner 2007, 189 f). Zum anderen sind sie statistisch gesehen öfter arbeitslos, was zu einer Sinnkrise führen kann. Es überwiegen die Extreme und es fehlt zunehmend an Ausgleich und Balance (Reuyß et al. 2007, 191).

Um Krisen am Arbeitsplatz frühzeitig entgegenzuwirken, kann ein betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) versuchen, strukturelle Bedingungen von Arbeit zu

verbessern und Ressourcen der Männer zu stärken. Suizidalität, als ein sehr sensibles und persönliches Thema, direkt im beruflichen Kontext zu besprechen, gestaltet sich nach Ansicht der Autorin, abgesehen von Einzelberatungssituationen eher schwierig. Innerhalb eines Gesundheitstages zum Thema psychischer Gesundheit wäre dies denkbar. In der Praxis ist an solchen Aktionstagen eine Auseinandersetzung mit Themen, welche eine gewisse Tiefe und Diskurs benötigen, meist nicht möglich, da hierfür häufig die zeitlichen Ressourcen fehlen. Allgemeinere präventive und gesundheitsförderliche Angebote hingegen, um Risikofaktoren für Suizidalität wie zum Beispiel Erschöpfungsdepressionen zu minimieren und Selbstwirksamkeit zu stärken, lassen sich im beruflichen Alltag umsetzen. Die Zielgruppe Männer ist für Seminare zur Entspannung und Stressbewältigungskurse nur schwer zu begeistern. Dies liegt zum einen an der zeitlichen Vereinbarkeit, zum andern müsste man sich und gegenüber den Kolleg/inn/en eingestehen, belastet zu sein. Darüber hinaus werden im BGM und hinsichtlich Stress und Entspannung kaum geschlechterspezifische Angebote gemacht. Männer entspannen ggf. eher beim Wandern, Tischkicker spielen, hören lauter Musik oder Zeitung lesen. Oft wird von ihnen jedoch erwartet zum Yoga oder Meditieren zu gehen, ohne dazu einen Zugang zu haben (Neubauer et al. 2009, 182). Diesbezüglich sollten männliche Alternativen akzeptiert und als Formen der Entspannung, neben Anspannung, in den Arbeitsalltag integriert werden. Seminare, Trainings und Meetings, die vordergründig gezielt etwas vermitteln sollen oder in denen etwas geleistet werden soll, bieten sich zur Kombination mit Entspannung und Erholung an, ohne dass sich Männer bewusst und ausschließlich dafür entscheiden müssen (Neubauer et al. 2009, 184).

In Bezug auf Arbeit trifft man noch vermehrt auf traditionelle Rollenerwartungen. Spätestens mit der Geburt des ersten Kindes, nimmt meist der Mann die Rolle des Familienernährers ein (Kölln 2014, 115). Frauen werden in diesem Bezug als mehrfachbelastet beschrieben, da sie Beruf, Familie und Haushalt miteinander vereinen müssen. Anders betrachtet, scheinen sich daraus mehrere Möglichkeiten und Flexibilität für die persönlich ausgestaltete Lebensführung zu ergeben (Hurrelmann 2007, 52). In den letzten Jahren hat sich einiges hinsichtlich Flexibilisierung der Arbeitszeiten (Home-Office) und Vereinbarkeit von Beruf und Familie, (Elternzeit), getan. Die Inanspruchnahme der Elternzeit durch Männer ist zwischen 2009 und 2013 zwar gestiegen, über ein Drittel lässt die Arbeit jedoch nur für maximal zwei Monate ruhen (Staiger 2016, 106). Eine klare Positionierung der Führungsebenen, dass eine Inanspruchnahme von Elternzeit durch Männer unterstützt wird und gewünscht ist sowie eine Nutzung des Angebots durch Führungskräfte selbst, könnten sich dabei positiv auswirken. Im Sinne der Gesundheitsförderung könnte an dieser Stelle eine wichtige Ressource, die Familie,

als eine alternative Quelle der Identitäts- und Sinnstiftung gestärkt werden. (Reuyß et al. 2007, 195). Davon würden ganz nebenbei auch die Töchter und Söhne profitieren. Ihnen fehlt es nicht nur an männlichen Rollenmodellen in Bildungseinrichtungen (vgl. Kapitel 3.1), sondern auch innerhalb der eigenen Familien, aufgrund berufsbedingt abwesender Väter.

3.2.2 Fortbildung niedergelassener Ärzte/Ärztinnen

Seit den 1990er Jahren nehmen psychische Gesundheitsbelastungen stetig zu, welche in den Statistiken von Krankenkassen, über Arbeitsunfähigkeitstage der Versicherten, vielfach belegt wurden. Männer sind dabei nur geringfügig weniger betroffen als Frauen (RKI 2014, 152). Bei der Bewältigung von Stress und psychischen Problemlagen, neigen Männer zudem zu Externalisierungsverhalten, d.h. die Belastung wird nach außen getragen und zeigt sich in gesteigerter Aktivität, Unruhe, Gereiztheit und Aggressivität (Hurrelmann 2007, 52). Des Weiteren äußern sich Stressreaktionen bei Männern oftmals im psychosomatischen Bereich, von denen sie häufiger betroffen sind als Frauen (Reuyß et al. 2007, 193). Die im Kapitel 1.2 erwähnte ‚male depression‘ trägt ebenfalls dazu bei, dass psychische Problemlagen von Männern nicht erkannt oder fehlgedeutet werden. Dies kann dramatische Folgen haben, wenn man bedenkt, dass 15% aller Menschen mit Depressionen an Suizid versterben (Bronisch 2014, 41). In Verbindung mit der Tatsache, dass zwei Drittel aller Personen, die durch Suizid sterben, in den letzten Monaten vor ihrem Tod einen Arzt aufsuchen, ergibt sich daraus ein großer Interventionsbedarf. Vor allem Hausärzte müssten, neben anderen niedergelassenen Spezialisten, dringend zu Themen wie Suizidalität (Wolfersdorf et al. 2011, 107) und den versteckten Depressionssymptomen fortgebildet werden. Pädagogen, Seelsorger, Journalisten und andere Berufsgruppen, welche mit vielen Menschen in Kontakt kommen, wären weitere denkbare Zielgruppen für entsprechende Schulungen (Eink et al. 2017, 119 f).

Um depressiven Männern Hilfe anbieten zu können, die ggf. nicht aus eigenem Antrieb zum Arzt gehen, könnten Screenings von Betriebsärzt/inn/en durchgeführt werden. Hierfür könnte die ‚Gotland Male Depression Scale‘ zum Einsatz kommen, da die zwei in Frage kommenden und in Deutschland verwendeten Klassifikationssysteme, ICD-10 und DSM-5, die Symptome der ‚male depression‘ nicht abfragen bzw. berücksichtigen. Am besten wird das Screening anonym und computerbasiert im Unternehmen zugänglich gemacht. Anschließend können die Antworten online ausgewertet und automatisch eine entsprechende Handlungsempfehlung gegeben werden (Möller-Leimkühler 2013, 72). Burnout ist im Kontext Arbeit ein vielfach verwendeter Ausdruck, stellt jedoch keine feststehende Diagnose dar und kann mit einer

Erschöpfungsdepression verglichen werden. Vielen Männern fällt es jedoch leichter diesen Begriff für ihre Beschwerden zu akzeptieren, da Depressionen eher weiblich besetzt und mit Gefühlen verbunden sind, die die traditionelle Vorstellung von Männlichkeit nicht zulässt. Für diesen Umstand sollten Ärzte/Ärztinnen sensibel sein. Die Akzeptanz des Problems sowie die kritische Selbstreflexion durch den betroffenen Mann, wenn auch unter einem umstrittenen, schwammig definierten Begriff, sollten unbedingt als Ressource erkannt werden (Kölln 2014, 144).

3.3 Zielgruppe ältere Männer

Wie in Kapitel 2.2 erwähnt, steigen die Suizidzahlen mit zunehmendem Lebensalter an. Suizide häufen sich vor allem bei alleinlebenden, verwitweten oder geschiedenen bzw. getrenntlebenden Personen. Isolation und Einsamkeit können zu Sinnkrisen führen und stellen besonders für ältere Menschen ein Risiko für die Entwicklung von Suizidalität dar. Zudem scheinen Männer unter dem Verlust sozialer Beziehungen stärker und anhaltender zu leiden als Frauen (Schaller & Erlemeier 2014, 28 ff). Psychische Erkrankungen, wie Depressionen, spielen auch im Alter eine große Rolle. Depressionen werden durch Isolation und Einsamkeit nicht nur verstärkt, sondern von den Betroffenen selbst und der Gesellschaft zu oft als normaler Bestandteil des Alterungsprozesses betrachtet. An dieser Stelle müsste vermehrt Aufklärungs- und Informationsarbeit geleistet werden, um Depressionen im Alter überhaupt zu erkennen und anschließend entsprechend diagnostiziert sowie behandelt werden zu können. Als wichtige Ressourcen, speziell für immobile und pflegebedürftige ältere Menschen, sind professionell tätige der Alten- und Krankenpflege im ambulanten Sektor zu betrachten. Vor allem diese Berufsgruppen sollten hinsichtlich des Erkennens von Depressionen und Suizidalität geschult werden (Lindner, Schaller & Wächtler 2014, 70).

Ein Problem in Blick auf Gesundheitsförderung und Primärprävention für männliche Senioren ist, dass diese möglichst im Kindesalter beginnen sollten (Seikowski 2013, 204), da sich das Gesundheitsverhalten in jüngeren Jahren entwickelt und danach recht stabil bleibt (Möller-Leimkühler 2013, 68). Hinzu kommt ein erschwerter Zugang zur Zielgruppe, da Settings wie Bildungseinrichtungen und Arbeitgeber wegfallen. Nachfolgend werden deshalb zwei ungewöhnliche Settings vorgestellt, welche auch für die Suizidprävention bei älteren Männern in Frage kommen.

3.3.1 Die „Info-Kneipe“

Kneipen sind allgemein als Orte bekannt, an denen sich vor allem Männer gern austauschen. Das TRIO VIRILENT, bestehend aus WALTER, BEIER und JUNGNITZ, kam auf die Idee, dieses Setting als Angebot niedrigschwelliger Aufklärung und Beratung zu nutzen. Ihre Vision haben sie „Kurts Kneipe“ getauft und sich dabei von der Beratungsstelle für homosexuelle Männer in Berlin, dem MANN-O-METER inspirieren lassen. In „Kurts Kneipe“ ist vieles ganz gewöhnlich, es gibt jedoch einige Besonderheiten. Im Eingangsbereich sind Broschüren und Informationsflyer zu finden und die Räumlichkeit bietet Möglichkeiten des Rückzugs. Hinter der Bar bedient kein ‚gewöhnliches Thekenpersonal‘, sondern Pädagogen, Sozialarbeiter und Psychologen. Mit ihnen können die Männer ungezwungen ins Gespräch kommen und bei Bedarf auch Einzelberatungen vereinbaren (Trio Virilent 1995, 121 ff). All das sind Voraussetzungen, wie sie im Kapitel 1.4.2 verdeutlicht wurden. Männer bekommen die Möglichkeit des ‚Reinschnuppens‘, brauchen keinen Termin und können selbst entscheiden, ob und mit wem sie in Kontakt treten möchten. Um verschiedene Altersgruppen von Männern anzusprechen, könnten Räumlichkeiten altersentsprechend unterschiedlich gestaltet und von der jeweiligen Generation bevorzugte Musik gespielt werden. Im Konzept von „Kurts Kneipe“ werden vor allem Sexualität und Sucht thematisiert, die Beratungen könnten jedoch weitere Themen abdecken. Zudem können geschlechtersensibel aufbereitete Materialien mit Informationen zu psychischer Gesundheit und Anregungen für gesundes Altern bereitgestellt werden.

Für viele Männer ist zudem der Übergang von der Erwerbstätigkeit ins Rentenalter problembehaftet, da, wie im Kapitel 3.2.1 erwähnt, die Arbeit einen Großteil ihrer Aufmerksamkeit gefordert und sinnstiftend gewirkt hat. Sie müssen somit erst lernen, ihren Tagesablauf neu zu strukturieren. Hilfreich können das Pflegen sozialer Kontakte, auch außerhalb der Familie, Bewegung und ehrenamtliches Engagement, in einem, dem jeweiligen Befinden entsprechenden Rahmen, sein (Seikowski 2013, 200). Für Frauen sind diesbezüglich viele Angebote wie gemeinsames Nähen, Basteln oder Gymnastik populär, ein Angebot, das Männer gleichermaßen anspricht, ist selten zu finden.

3.3.2 Die „Männerwerkstatt“

In Bamberg gibt es seit 2016 den, vom Diakonieverein ins Leben gerufenen, MÄNNERSCHUPPEN. Dort werkeln vorwiegend ältere Männer und reparieren kostenlos Dinge

für andere Bürgerinnen und Bürger. So können die Männer ihre Fähig- und Fertigkeiten erhalten, neues lernen und Wissen an Interessierte weitergeben. Die Werkstatt bietet ihnen eine sinnvolle Beschäftigung, von der nicht nur sie selbst, sondern auch die Umwelt im Sinne der Natur und die Menschen in der Umgebung profitieren. Zudem kommen sie mit anderen Männern ins Gespräch und können Alltägliches und Probleme quasi nebenbei besprechen. Nicht nur der Austausch, auch die Anerkennung und die Dankbarkeit, wirken sich positiv auf die psychische Gesundheit der Männer aus (Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V. 2017, 20).

In Zukunft wird es ggf. immer weniger Männer geben, die handwerklich begabt sind, dafür Kenntnisse im Umgang mit Computern haben. Demnach wäre ein ähnliches Angebot in einem Internetcafé anstatt in einer Werkstatt möglich. Dort könnten männliche Senioren ihr Wissen weitergeben oder bei Anwendungsproblemen behilflich sein. In Hinblick auf die Flucht- und Migrationsbewegungen der letzten Jahre sind auch ehrenamtliche Deutschkurse denkbar, von denen Lehrende wie Lernende profitieren würden und zudem ein soziales Miteinander gefördert werden würde. Durch kreative Angebote für ältere Männer wie KURTS KNEIPE und den MÄNNERSCHUPPEN kann Isolation und Vereinsamung entgegengewirkt werden. Zudem haben Senioren die Möglichkeit, Selbstwirksamkeit und Sinnhaftigkeit zu erfahren sowie einen niedrighschwelligen Zugang für Hilfen zu bekommen.

4 Fazit

Anhand altersspezifischer Zielgruppen konnten im Rahmen dieser Arbeit, geschlechtersensible Anregungen, innerhalb eines jeweils geeigneten Settings, bzgl. gesundheitsförderlicher und primärer suizidpräventiver Maßnahmen gegeben werden. Damit Männer besser erreicht werden, ist bei der Entwicklung von Präventionsangeboten allgemein auf eine geschlechtersensible, möglichst direkte Ansprache zu achten. Um Interesse für Gesundheitsthemen zu wecken, ist Kreativität gefragt und ein humorvolles und hinterfragendes Bedienen von Geschlechterstereotypen bei der Ansprache erlaubt. Zudem muss der Zugang zur Zielgruppe so niedrighschwellig wie möglich gestaltet werden, wobei es den Settingansatz zu nutzen und dessen individuelle Besonderheiten zu berücksichtigen gilt. Einschränkungen hinsichtlich des Settings gibt es dabei kaum. Die inhaltlichen Schwerpunkte der Präventionsmaßnahme, einschließlich des konkreten Vorgehens, müssen jedoch an die entsprechende Altersgruppe angepasst werden. Die Sichtweise einer geschlechtersensiblen

Suizidprävention muss weg von einer Defizitorientierung, hin zur Wahrnehmung und Förderung der im Gesundheitsverhalten der Männer enthaltenen Ressourcen. Ein allgemein gültiges Rezept, um das Gesundheitsverhalten von Männern positiv zu beeinflussen und psychische Erkrankungen, einschließlich Suizidalität, zu vermeiden, gibt es nicht. Voraussetzung sind, speziell hinsichtlich psychischer Gesundheit, aufgeklärte und informierte Männer, um Eigenverantwortung zu übernehmen sowie ihnen Alternativen zu Risikoverhaltensweisen aufzuzeigen und Handlungsspielräume zu erweitern. Übergeordnetes Ziel einer geschlechtersensiblen Suizidprävention sollte demnach der Abbau geschlechterspezifischer Ungleichheiten und nicht die stereotype Gegenüberstellung sein. Die Berufsgruppen des jeweiligen Settings, wie Lehrer/innen, Betriebsärzte/Betriebsärztinnen oder Pflegekräfte, die als Vermittler/innen dienen könnten, müssen hinsichtlich der Möglichkeiten ihrer Einflussnahme, weitergebildet werden.

Im Rahmen dieser Arbeit konnte nicht auf alle denkbaren Lebenslagen der jeweiligen Zielgruppe eingegangen werden. Demnach finden einige der vorgestellten Interventionsmöglichkeiten in Settings statt, in denen z. B. Schüler, die die Schule schwänzen, arbeitslose oder wohnungslose Männer, nicht erreicht werden. Männer in diesen Lebenslagen sollten jedoch nicht von Präventionsmaßnahmen ausgeschlossen, sondern im Gegenteil entsprechend ihrer individuellen Situation und damit verbundenen speziellen Bedarfe, gefördert werden und die nötige Unterstützung erhalten. Suizidprävention muss ebenso breit gefächerte Maßnahmen anbieten, wie es Ausprägungen suizidalen Verhaltens gibt.

Abschließend möchte die Autorin noch darauf hinweisen, dass Suizidprävention für beide Geschlechter ein Thema ist. Im Sinne des Gender Mainstreaming sollten alle gesundheitsförderlichen und präventiven Ansätze, auf gesundheitliche Chancengleichheit hin überprüft werden. Dies schließt jedoch nicht aus bzw. erfordert sogar, dass einzelne Interventionen geschlechterspezifisch ausgerichtet werden, um die jeweiligen Adressaten auch tatsächlich zu erreichen. Zudem haben Aspekte wie Bildung, wirtschaftliche Lage und soziales Umfeld und viele weitere Faktoren einen Einfluss auf die Entwicklung von Suizidalität bei Männern und Frauen. Es ist entsprechend schwer, die direkten Zusammenhänge und den Erfolg gesundheitsfördernder und präventiver Maßnahmen hinsichtlich Suizid zu belegen. Deshalb besteht weiterhin großer Bedarf die Wirksamkeit der Interventionen durch geschlechtersensible Forschungsprojekte zu sichern. Trotz aller Bemühungen wird nicht jeder Suizid vermeidbar sein. Die Verantwortung, die eigene Not und

Hilfsbedürftigkeit zum Ausdruck zu bringen, liegt letztlich auch bei den suizidalen Menschen selbst (Wolfersdorf et al. 2011, 106). Die Aufgabe eines jeden Einzelnen sollte sein, ggf. ein wenig umsichtiger mit sich selbst und seinen Mitmenschen zu sein.

Literaturverzeichnis

- ALTGELD, T. (2016): Geschlechteraspekte in der Prävention und Gesundheitsförderung. In: P. KOLIP & K. HURRELMANN (Hrsg.) Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich. 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe Verlag, 300-311
- ALTGELD, T. (2009): Der Settingansatz als solcher wird es schon richten?. Zielgruppengenauigkeit bei der Arbeit im Setting. In: P. KOLIP & T. ALTGELD (Hrsg.): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. 2. Auflage. Weinheim & München: Juventa Verlag, 75-88
- ALTGELD, T. & KICKBUSCH, I. (2012): Gesundheitsförderung. In: F. W. SCHWARTZ, U. WALTER, J. SIEGRIST, P. KOLIP, R. LEIDL, R. DIERKS, R. BUSSE & N. SCHNEIDER, (Hrsg.): Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. 3. Auflage. München: Elsevier GmbH, 187-195
- BARDEHLE, D. (2013): Psychische Gesundheit des Mannes – international und national. In: L. WEIßBACH & M. STIEHLER (Hrsg.): Männergesundheitsbericht 2013. Im Fokus: Psychische Gesundheit. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, 11-30
- BEIER, S. (2007): Gesundheitsverhalten und Gesundheitsförderung bei Männern. In: M. STIEHLER & T. KLOTZ (Hrsg.): Männerleben und Gesundheit. Eine interdisziplinäre, multiprofessionelle Einführung. Weinheim & München: Juventa Verlag, 75-89
- BENTHEIM, A. & HAASE, A. (2007): Männergesundheit und Gender Mainstreaming. In: M. STIEHLER & T. KLOTZ (Hrsg.): Männerleben und Gesundheit. Eine interdisziplinäre, multiprofessionelle Einführung. Weinheim & München: Juventa Verlag, 261-270
- BUNDESGESUNDHEITSMINISTERIUM (2018): www.bundesgesundheitsministerium.de. Service. Begriffe von A-Z. Präventionsgesetz. Abruf: 16.07.2018, 19:52Uhr
- BRONISCH, T. (2014): Der Suizid. Ursachen Warnsignale Prävention. 6. überarbeitete Auflage. München: Verlag C.H. Beck oHG
- DINGES, M. (2007): Historische Forschung und die aktuelle Diskussion zur Männergesundheit. In: M. STIEHLER & T. KLOTZ (Hrsg.): Männerleben und Gesundheit. Eine interdisziplinäre, multiprofessionelle Einführung. Weinheim & München: Juventa Verlag, 24-35
- DEBUS, K.; KÖNNECKE, B.; SCHWERMA, K. & STUVE, O. (2012): Konzeptionelle Grundlagen und Schlussfolgerungen aus einer Fortbildungsreihe. In: DISSENS E.V. (Hrsg.): Geschlechterreflektierte Arbeit mit Jungen an der Schule. Texte zu Pädagogik und Fortbildung rund um Jungenarbeit, Geschlecht und Bildung. Berlin: Hinkelstein Druck, 9-16
- EINK, M. & HALTENHOF, H. (2017): Basiswissen: Umgang mit suizidgefährdeten Menschen. Köln: Psychiatrie Verlag GmbH
- FALTERMAIER, T. & HÜBNER, I.-M. (2016): Psychosoziale Gesundheitstheorien aus Geschlechterperspektive. In: P. KOLIP & K. HURRELMANN (Hrsg.): Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich. 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe Verlag, 45-57
- FRANKFURTER NETZWERK FÜR SUIZIDPRÄVENTION (FRANS) (2018a): www.frans-hilft.de. Das Netzwerk. Übersicht. Abruf: 08.07.2018-19:36Uhr

- FRANKFURTER NETZWERK FÜR SUIZIDPRÄVENTION (FRANS) (2018b): www.frans-hilft.de. Das Netzwerk. Mitglieder. Abruf: 08.07.2018-19:36Uhr
- GEENE, R. & REESE, M. (2016): Handbuch Präventionsgesetz. Neuregelung der Gesundheitsförderung. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH
- HESSISCHE ARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG E.V. (2018): www.hage.de. Aktivitäten. Gesund aufwachsen. Projekte. Modellprojekt Schulgesundheitsfachkräfte. Abruf: 16.07.2018, 19:39Uhr
- HARREITER, J.; THOMAS, A. & KAUTZKY-WILLER, A. (2016): Gendermedizin. In: P. KOLIP & K. HURRELMANN (Hrsg.): Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe Verlag, 34-44
- HÜNEFELD, L. (2012): Männer und Depression. Die männliche Geschlechtsidentität und die damit verknüpften gesellschaftlichen Erwartungen als Verzerrungsfaktor in Depressionsprävalenzen – Psychotherapeuten berichten über Depressionspatienten aus der Praxis. In BKK Landesverband Hessen (Hrsg.): Männergesundheit – Frauengesundheit. Prämierte Arbeiten des BKK Innovationspreises Gesundheit 2010. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH, 13-68
- HURRELMANN, K. (2007): Gesundheits- und Entwicklungsprobleme von jungen Männern. In: M. STIEHLER & T. KLOTZ (Hrsg.): Männerleben und Gesundheit. Eine interdisziplinäre, multiprofessionelle Einführung. Weinheim & München: Juventa Verlag, 49-59
- JAHN, I. (2016): Methodische Probleme einer geschlechtergerechten Gesundheitsforschung. In: P. KOLIP & K. HURRELMANN (Hrsg.): Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich. 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe Verlag, 71-86
- KAMMERER, B. & SOMMER, M.-L. (2009): Prinzessinnen und Cowboys. Zur Praxis geschlechtsspezifischer Suchtprävention in Kindertagesstätten. In: P. KOLIP & T. ALTGELD (Hrsg.): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. 2. Auflage. Weinheim & München: Juventa Verlag, 193-208
- KLÄRS, G. (2012): Gesundheitsberatung geschlechtersensibel gestalten. In: BKK Landesverband Hessen (Hrsg.): Männergesundheit – Frauengesundheit. Prämierte Arbeiten des BKK Innovationspreises Gesundheit 2010. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH, 69-122
- KLOTZ, T. (2007): Männergesundheit in der Medizin. In: M. STIEHLER & T. KLOTZ (Hrsg.): Männerleben und Gesundheit. Eine interdisziplinäre, multiprofessionelle Einführung. Weinheim & München: Juventa Verlag, 16-23
- KÖLLN, P. (2014): Männer im Betrieb(s)Zustand. Der Praxisratgeber zur Männergesundheit. Wiesbaden: Universum Verlag GmbH
- KOLIP, P. & HURRELMANN, K. (2016): Geschlecht und Gesundheit: eine Einführung. In: P. KOLIP & K. HURRELMANN (Hrsg.): Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich. 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe Verlag, 8-17
- KÖNNECKE, B. (2012): Geschlechterreflektierte Jungenarbeit und Schule. In: DISSENS E.V. (Hrsg.): Geschlechterreflektierte Arbeit mit Jungen an der Schule. Texte zu Pädagogik

- und Fortbildung rund um Jungenarbeit, Geschlecht und Bildung. Berlin: Hinkelstein Druck, 61-72
- KÖSTLER, U. (2012): Band 2. Nightline: Das Zuhör- und Informationstelefon von Studierenden für Studierende. Ein studentisches Projekt zivilgesellschaftlichen Engagements – Entwicklungschancen und Nachhaltigkeitsprofile. In: F. Schulz-Nieswandt (Hrsg.): Studien zum sozialen Dasein der Person. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft
- KUHLMANN, E. (2016): Gendertheorien. In: P. KOLIP & K. HURRELMANN (Hrsg.): Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich. 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe Verlag, 20-33
- LANDESVEREINIGUNG FÜR GESUNDHEIT BREMEN E.V. (2017): Vielfalt im Alter mit Vielfalt begegnen. Herausforderungen und Strategien in der Gesundheitsförderung. Dokumentation Regionalkonferenz Bremen, 15. September 2016 im Konsul-Hackfeld-Haus. Hannover: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.
- LANGER, J. (2001): Band 4. Auf Leben und Tod. Suizidalität bei Jugendlichen als Herausforderung für die Schülerseelsorge. In Frielingsdorf, K. (Hrsg.): Pastoralpsychologie und Spiritualität. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH
- LINDEN, K.-J. (1969): Der Suizidversuch. Versuch einer Situationsanalyse. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag
- LINDNER, R.; SCHNEIDER, B. & WÄCHTLER, C. (2014): In: R. LINDNER, D. HERY, S. SCHALLER, B. SCHNEIDER & U. SPERLING (Hrsg.): Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen. Eine Publikation der Arbeitsgruppe „Alte Menschen“ im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland. Berlin & Heidelberg: Springer-Verlag, 67-74
- LINDNER, R. (2006): Suizidale Männer in der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie. Eine systematische qualitative Untersuchung. Gießen: Psychosozial-Verlag
- LUY, M. (2009): Warum Mönche länger leben. Erkenntnisse aus zehn Jahren Klosterstudie. In: P.-H. GRUNER & E. KUHLA (Hrsg.): Befreiungsbewegung für Männer. Auf dem Weg zur Geschlechterdemokratie. Essays und Analysen. Gießen: Psychosozialverlag, 259-276
- MÄNNERGESUNDHEITSPORTAL (2018): www.mannergesundheitsportal.de. Infomaterial. Abruf: 21.07.2018, 11:40 Uhr
- MENCHE, N. (2004): Pflege heute. Lehrbuch für Pflegeberufe. 3., vollständig überarbeitete Auflage. München: Elsevier GmbH
- MÖLLER-LEIMKÜHLER, A.-M. (2016): Vom Dauerstress zur Depression. Wie Männer mit psychischen Belastungen umgehen und sie besser bewältigen können. Munderfing: Fischer & Gann
- MÖLLER-LEIMKÜHLER, A.-M. (2013): Psychische Gesundheit von Männern: Bedeutung, Ziele, Handlungsbedarf. In: L. WEIßBACH & M. STIEHLER (Hrsg.): Männergesundheitsbericht 2013. Im Fokus: Psychische Gesundheit. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, 63-82

- NATIONALES SUIZID PRÄVENTIONSPROGRAMM (NASPRO) (2018): www.suizidpraevention-deutschland.de. Informationen. Abruf: 08.07.2018-16:27Uhr
- NATIONALES SUIZID PRÄVENTIONSPROGRAMM (NASPRO) (2006): www.suizidpraevention-deutschland.de Presse. Empfehlungen für die Berichterstattung in den Medien. Abruf: 08.07.2018-16:27Uhr
- NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH (2018): www.nimh.nih.gov. Health Information. Mental Health Information. Men. Depression. Abruf: 22.07.2018, 17:00 Uhr
- NEUBAUER, G. & WINTER, R. (2009): Jungen und Männer in Balance. Männliche Zugänge zu Entspannung und Stressbewältigung. In: P. KOLIP & T. ALTGELD (Hrsg.): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. 2. Auflage. Weinheim & München: Juventa Verlag, 181-192
- PÖLDINGER, W. (1968): Die Abschätzung der Suizidalität. Eine medizinisch-psychologische und medizinisch-soziologische Studie. Bern & Stuttgart: Verlag Hans Huber
- PSCHYREMBEL (2004): Klinisches Wörterbuch. 260. neu bearbeitete Auflage. Berlin: Walter de Gruyter GmbH & Co.KG
- RAUSCH, T. & KREISJUGENDRING MÜNCHEN-STADT (Hrsg.) (2014): Leitlinien Jungenarbeit 2013. Ergebnisse der Evaluation. München: Kreisjugendring
- REUYß, S. & KASSNER, K. (2007): Männer zwischen Arbeitsplatz und Krankenbett. In: M. STIEHLER & T. KLOTZ (Hrsg.): Männerleben und Gesundheit. Eine interdisziplinäre, multiprofessionelle Einführung. Weinheim & München: Juventa Verlag, 186-197
- RKI-ROBERT-KOCH-INSTITUT (Hrsg.) (2014): Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert-Koch-Institut
- ROHR, D.; STRAUß, S.; ASCHMANN, S. & RITTER, D. (2016): Der Peer-Ansatz in der Arbeit mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Projektbeschreibungen und -evaluation. Weinheim & Basel: Beltz Juventa
- SAUER, A.; GÜLDENRING, A. & TUIDER, E. (2016): Queering Trans*-Gesundheit: Auf dem Weg zu einer individualisierten, menschenrechtskonformen Gesundheitsversorgung. In: P. KOLIP & K. HURRELMANN (Hrsg.): Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich. 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe Verlag, 420-432
- SCHALLER, S. & ERLEMEIER, N. (2014): Epidemiologie. In: R. LINDNER, D. HERY, S. SCHALLER, B. SCHNEIDER & U. SPERLING (Hrsg.): Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen. Eine Publikation der Arbeitsgruppe „Alte Menschen“ im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland. Berlin & Heidelberg: Springer-Verlag, 21-33
- SCHNEIDER, B. (2003): Risikofaktoren für Suizid. Regensburg: Roderer Verlag
- SCHWARTZ, F.W.; SCHLAUD, M.; SIEGRIST, J. & VON TROSCHKE, J. (2012): Wer ist gesund? Wer ist krank? Wie gesund bzw. krank sind Bevölkerungen?. In: F. W. SCHWARTZ, U. WALTER, J. SIEGRIST, P. KOLIP, R. LEIDL, R. DIERKS, R. BUSSE & N. SCHNEIDER (Hrsg.): Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. 3.Auflage. München: Elsevier GmbH, 37-60

- SEIKOWSKI, K. (2013): Psychische Gesundheit des alternden Mannes. In: L. WEIßBACH & M. STIEHLER (Hrsg.): Männergesundheitsbericht 2013. Im Fokus: Psychische Gesundheit. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, 197-207
- SONNECK, G.; KAPUSTA, N.; TOMANDL, G. & VORACEK, M. (Hrsg.) (2016): Krisenintervention und Suizidverhütung. 3. Auflage. Wien: Facultas Universitätsverlag
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2018a): www.destatis.de. Zahlen & Fakten. Gesellschaft & Staat. Gesundheit. Todesursachen. Tabelle: Vorsätzliche Selbstschädigung in Deutschland nach Jahr und Geschlecht. Code 23211-0002. Abruf: 05.07.2018, 15:47Uhr
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2018b): www.destatis.de. Presse & Service. Pressemitteilungen. Pressemitteilung Nr. 063: „0,9% weniger Verkehrstote im Jahr 2017. Abruf: 21.07.2018, 20:27Uhr
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2018c): www.destatis.de. Zahlen & Fakten. Gesellschaft & Staat. Bevölkerung. Sterbefälle & Lebenserwartung. Tabelle: Durchschnittliches Sterbealter in Deutschland nach Jahr und Geschlecht. Code 12613-0007. Abruf: 02.07.2018, 12:43Uhr
- STIEHLER, M. (2013): Förderung psychischer Gesundheit: beispielhafte Projekte. In: L. WEIßBACH & M. STIEHLER (Hrsg.): Männergesundheitsbericht 2013. Im Fokus: Psychische Gesundheit. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, 251-263
- STIER, B. & WINTER, R. (2013): Jungen und Gesundheit. Ein interdisziplinäres Handbuch für Medizin, Psychologie und Pädagogik. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH
- TRIO VIRILENT (WALTER, W.; BEIER, S. & JUNGNIETZ, L.) (1995): Überraschend beraten. Niedrigschwellige Sexual- und Lebensberatung für Männer. Tübingen: Neuling Verlag
- U25 (2018): www.u25-deutschland.de. Wir über uns. Die Geschichte von U25. Abruf: 16.07.2018, 19:48 Uhr
- WALTER, U.; ROBBA, B.-P. & SCHWARTZ, F.W. (2012): Prävention. In: F. W. SCHWARTZ, U. WALTER, J. SIEGRIST, P. KOLIP, R. LEIDL, R. DIERKS, R. BUSSE & N. SCHNEIDER (Hrsg.): Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. 3.Auflage. München: Elsevier GmbH, 196-222
- WOLFERSDORF, M. & PLÖDERL, M. (2016): Geschlechterunterschiede bei Suizid und Suizidalität. In: P. KOLIP & K. HURRELMANN (Hrsg.): Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich. 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe Verlag, 265-274
- WOLFERSDORF, M. (2014): Erklärungsmodelle – die Zeit vor dem Suizid. AGUS-Schriftenreihe: Hilfen in der Trauer nach Suizid. Bayreuth: AGUS e.V.
- WOLFERSDORF, M. & ETZERSDORFER, E. (2011): Suizid und Suizidprävention. 1. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH
- WOLFERSDORF, M. (2008): Suizidalität – Begriffsbestimmung, Formen und Diagnostik. In: M. WOLFERSDORF, T. BRONISCH & H. WEDLER (Hrsg.): Suizidalität. Verstehen – Vorbeugen – Behandeln. Regensburg: Roderer Verlag, 11-43
- WHO (2018): www.who.int. Health Topics. Mental Health. Suicide Prevention. World Suicide Prevention Day. Abruf: 22.07.2018, 10:18 Uhr