



MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Konzeption eines berufsgruppenspezifischen e-Learning Programmes zur Suizidprävention für Gatekeeper im Rahmen des EU-Projekts ELLIPSE“

verfasst von / submitted by

Teresa Kremser, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien, 2021/ Vienna 2021

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Psychologie UG2002

Betreut von / Supervisor:

ao. Univ.-Prof. Mag. Dr. Thomas Slunecko

DANKSAGUNG

*Kann nicht mal meinen eigenen Händen vertrauen,
denn ich seh´ sie kaum vor lauter Konfetti,
in der Blüte meines Lebens.*

Für Mama, Papa, Käsebrot.
Denn Kremserbrot macht Wangen rot.
Für Lorenz.
Und Edi.

Abstract (Deutsch)

Suizid und Suizidalität sind prävalente Phänomene mit weitreichenden Auswirkungen auf Wirtschaft, Gesellschaft und Individuen. Neben der psychiatrischen Akutversorgung machen sie deshalb niederschwellige Präventionsmaßnahmen unbedingt notwendig. Eine Form dieser Präventionsmaßnahmen sind sogenannte Gatekeeperschulungen, durch die korrekte Identifikation, Risikoabschätzung, Management und Behandlung von Hochrisikopersonen gefördert werden sollen. Gatekeeper sind in diesem Fall Personen, die aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit gehäuft mit Betroffenen in Kontakt kommen.

Die vorliegende Arbeit ist eingebettet in das Erasmus+ -geförderte Projekt ELLIPSE-E-Lifelong Learning In Prevention of Suicide in Europe. Sie hat zum Ziel Haltung, Wissen und Fähigkeiten von verschiedenen Gruppen von Gatekeepern im Hinblick auf deren Umgang mit Suizidalität und Suizid zu explorieren. Die daraus resultierenden Bedürfnisse fließen als Ergebnisse in ein kostenloses berufsspezifisches e-Learning Programm zur Suizidprävention.

Dazu wurden drei fokussierte Interviews mit Personengruppen aus unterschiedlichen Schlüsselberufen durchgeführt: Psychologiestudent*innen, Psychotherapeut*innen und Rettungssanitäter*innen. Ein viertes Interview wurde mit Betroffenen und Angehörigen durchgeführt, um auch deren Perspektive auf die Bedürfnisse von Gatekeepern in der Suizidprävention zu integrieren. Die Auswertung der Daten erfolgte anhand der Thematischen Analyse.

Die Ergebnisse legen nahe, dass ein solches e-Learning Programm sich nicht ausschließlich auf die Schließung von Wissenslücken konzentrieren sollte sondern auch innerpsychische Prozesse und strukturelle Kontextbedingungen berücksichtigen muss, um professionelle Prävention zu gewährleisten. Die Einbettung der Berufsausübung in diese strukturellen Kontexte ist zumeist regional oder national bedingt. Dadurch wird die Frage aufgeworfen, wie ein e-Learning Programm mit internationalem Anspruch länderspezifische Besonderheiten innerhalb der Versorgungsstrukturen überhaupt berücksichtigen kann.

Schlüsselwörter: Suizidprävention, Suizid, Suizidalität, Gatekeeper, Gatekeeperschulungen, Fokusgruppen, fokussierte Interviews, Thematische Analyse.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung und theoretischer Hintergrund	7
1.1 Relevanz: Inzidenz Suizid und Suizidversuche.....	7
1.2 Relevanz: Kosten von Suizid und fehlender Suizidprävention.....	8
1.3 Forschungsstand: Suizid Inzidenz ist veränderbar	8
1.4 Relevanz: Gatekeeper als Adressaten von Präventionsstrategien.....	9
1.5 Forschungsstand: Notwendigkeit Gatekeeper zu schulen	10
1.6 Relevanz: Warum e-Learning?	12
1.7 Aktueller Forschungsstand: Wirksamkeit, Verbreitung und Herausforderungen von e-Learning Programmen in der Suizidprävention für Gatekeeper	13
2. Projektbeschreibung ELLIPSE.....	15
2.1 Allgemeine Information	15
2.2 Ziele	15
2.3 Erasmus+	16
2.4 Projektplan ELLIPSE	16
2.5 Koordination und Zielsetzung in Österreich.....	17
2.6 Methodik zur Umsetzung des Projektziels e-Learning Programm	17
3. Methodik	19
3.1 Stichprobenbeschreibung	19
3.2 Erhebungsform: Das fokussierte Interview	21
3.3 Datenerhebung	26
3.4 Auswertung	28
4. Fokusgruppe Psychologiestudent*innen.....	32
4.1 Beschreibung der Stichprobe	32
4.2 Ergebnisse Psychologiestudierende	32
4.3 Beantwortung des Forschungsinteresses.....	38
4.4 Interpretation und Einbettung in den theoretischen Hintergrund.....	39
4.5 Limitationen und Ausblick.....	41
5. Fokusgruppe Psychotherapeut*innen.....	42
5.1 Beschreibung der Stichprobe	42
5.2 Ergebnisse Psychotherapeut*innen	42
5.3 Beantwortung des Forschungsinteresses.....	48
5.4 Interpretation und Einbettung in den theoretischen Hintergrund.....	48
5.5 Limitationen & Ausblick.....	50
6. Fokusgruppe Betroffene und Angehörige	52

6.1 Beschreibung der Stichprobe	52
6.2 Ergebnisse Betroffene und Angehörige.....	52
6.3 Beantwortung des Forschungsinteresses.....	58
6.4 Interpretation und Einordnung in den theoretischen Hintergrund	59
6.5 Limitationen und Ausblick.....	61
7. Fokusgruppe Rettungssanitäter*innen.....	62
7.1 Beschreibung der Stichprobe	62
7.2 Ergebnisse Rettungssanitäter*innen	62
7.3 Beantwortung der Forschungsinteresses	70
7.4 Einbettung in den theoretischen Hintergrund und Interpretation.....	72
7.5 Limitationen und Ausblick.....	73
8. Diskussion und Manöverkritik	74
9. Literaturverzeichnis	79
10. Anhang.....	89
Abstract (Deutsch)	89
Abstract (English)	90
Ethikantrag zum Projekt an der Medizinischen Universität Wien.....	91
Fokusgruppen Leitfaden ELLIPSE	108
Suizid Interventions-/Reaktions Inventar-2-D (SIRI-2-D)	113
Suicide Acceptance Questionnaire (SAQ Version 1.0)	119
Flyer zur Kontaktaufnahme mit Teilnehmer*innen	120
Transkript Psychologiestudent*innen	121
Transkript Psychotherapeut*innen.....	135
Transkript Betroffene und Angehörige	141
Transkript Rettungssanitäter*innen	154

1. Einleitung und theoretischer Hintergrund

1.1 Relevanz: Inzidenz Suizid und Suizidversuche

Suizid, also die „bewusste Herbeiführung des eigenen Todes“ (American Psychiatric Association, 2018, S. 1135) ist mit mehr als 700.000 Fällen (World Health Organisation, 2021) jährlich weltweit ein globales Phänomen und stellt unter den 15-29-Jährigen sogar die zweithäufigste Todesursache nach Verkehrsunfällen (Doran & Kinchin, 2020) dar. Die Anzahl an Suizidversuchen, die zum eigenen Tod führen können (American Psychiatric Association, 2018, S. 1135) - aber nicht müssen, wird durch die World Health Organisation (2014) auf mindestens das zwanzigfache geschätzt.

In den USA gibt es eine jährliche Inzidenz von 15,3 pro 100,000 Einwohner*innen, Europa liefert vergleichbare Werte mit einer Inzidenz von 15,9 Suiziden pro 100,000 Einwohner*innen (World Health Organisation, 2014). Allerdings muss an dieser Stelle erwähnt werden, dass sich Europa im Hinblick auf die Inzidenz geografisch als durchaus heterogen erweist. Aktuellste Suizidstatistiken der World Health Organisation (2021) beziehen sich auf das Jahr 2019: Hier reicht die Suizid-Inzidenz in Europa von 2,6 in der Türkei bis 26,1 in Litauen pro 100,000 Einwohner*innen. Russland schließt mit der zweithöchsten Inzidenz von 25,1 an Litauen an (World Health Organisation, 2021). Gründe für geografische Unterschiede in den Suizidraten lassen sich durch wirtschaftliche, klimatische, kulturelle, religiöse oder aber auch politische Umgebungsvariablen und unterschiedliche soziodemografische Zusammensetzungen der Bevölkerung erklären (Carrasco-Barrios et al., 2020; Fountoulakis et al., 2016).

In Österreich geht man von circa zehn bis dreißig Mal so vielen Suizidversuchen wie Suiziden aus (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2020). Auch hier sind regionale Unterschiede zu verzeichnen: Kärnten und die Steiermark haben die höchsten Suizidraten, während sie im Burgenland und Vorarlberg am niedrigsten sind. 2019 starben in Österreich 1.113 Personen durch Suizid – das sind fast dreimal so viele wie im Straßenverkehr (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2020). Im Jahr 2019 liegt die österreichische Inzidenz mit 14,6 pro 100,000 Einwohner*innen, somit im europäischen Mittelfeld (World Health Organisation, 2021).

Das Suizidrisiko steigt mit zunehmendem Alter. Es wird in der Altersgruppe der 75-79-Jährigen auf zweieinhalbmal, in der Altersgruppe der 85-89-Jährigen auf viereinhalbmal so hoch wie in der Durchschnittsbevölkerung geschätzt (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2020).

Die Tatsache, dass Suizid und Suizidalität stark stigmatisiert, teilweise kriminalisiert sind und darüber hinaus selbst in Ländern mit gutem Meldesystem häufig gemäß ICD-10

(World Health Organisation, o.J.), beispielsweise als *Ereignis*, dessen *nähere Umstände unbestimmt sind* oder *Unfälle* falsch klassifiziert werden (World Health Organisation, 2014) lässt vermuten, dass die tatsächlichen Suizidraten sogar höher sind.

1.2 Relevanz: Kosten von Suizid und fehlender Suizidprävention

Neben dem massiven subjektiven Leid verursacht Suizid, respektive fehlende Suizidprävention, auch enorme Kosten für Wirtschaft, Gesellschaft, das Gesundheitssystem und Angehörige. Diese beziehen sich nicht nur direkt auf die medizinische und therapeutische Versorgung von Opfern und Überlebenden oder die finanziellen Aufwände, die durch strafbehördliche Untersuchungen im Kontext von Suizid entstehen, sondern gehen weit darüber hinaus: In den USA liegen die geschätzten Kosten durch Suizide beispielsweise zwischen 50.8 bis 93.5 Mrd. US Dollar jährlich, wobei ca. 97,1% davon die sogenannten indirekten Kosten ausmachen (Centers for Disease Control and Prevention, 2020; Shepard et al. 2016).

Solche indirekten Kosten sind die, die die Gesellschaft durch einen Suizid bzw. einen Suizidversuch, der nicht tödlich geendet ist, tragen muss. Damit sind vor allem Produktivitätsverluste gemeint, die durch fehlende wirtschaftliche Leistung in Form von Lohn- und Freiwilligenarbeit, Bildung oder Hausarbeit entstehen (McDavid, 2016). Ein weiterer Faktor sind die sogenannten immateriellen Kosten, die schwer zu quantifizieren sind und deshalb häufig nicht in Schätzungen inkludiert werden. Darunter fallen unter anderem die Auswirkungen von Suizid auf Angehörige in Form von Trauerarbeit oder Stigmatisierung und entsprechende postventive Maßnahmen (Doran & Kinchin, 2020).

In einer Schätzung, in der alle drei Arten von Kosten einbezogen werden, berechnet McDavid (2016) die durchschnittliche finanzielle Belastung durch einen Suizid. Diese reicht von 2,34 Millionen US-Dollar auf Basis der Daten in einer schottischen Studie bis hin zu 4,4 Million US-Dollar auf Basis einer australischen.

1.3 Forschungsstand: Suizid Inzidenz ist veränderbar

Sowohl das Ausmaß als auch die Folgen machen Suizid also zu einem erheblichen Problem der öffentlichen Gesundheit, das es zu verhindern gilt. Dass die Suizid-Inzidenz grundsätzlich veränderbar ist, zeigt sich durch einen weltweiten Rückgang über die letzten Jahre: Lag die offizielle Schätzung der Suizide 2014 noch bei über 800.000 (World Health Organisation, 2014), ist sie bis 2019 auf 700.000 (World Health Organisation, 2021) gesunken. Landesabhängig sind in diesen Veränderungen allerdings wiederum Unterschiede zu verzeichnen. In den USA beispielsweise steigt die Inzidenz (Curtin et al., 2016), während sie in Österreich seit den 1980ern rückläufig ist (Kapusta & Sonneck, 2012; Laido et al.,

2017). Das verdeutlicht, dass Suizid ein komplexes Phänomen ist, das nicht ausschließlich vom technischen Fortschritt oder wirtschaftlichen Wohlstand abhängt. In Österreich ging dieser beobachtete Rückgang unter anderem mit einer Zunahme an Psychotherapiestunden einher (Kapusta et al., 2009), die zwar nachweislich effektiv gegen Suizid (Kapusta et al., 2014), allerdings nur begrenzt für Betroffene zugänglich sind (Kapusta et al., 2009; Löffler-Stastka & Hochgerner, 2021). Diese Versorgungslücke ist weltweit verbreitet und reicht von 50% in einkommensstärkeren Ländern zu 83% in einkommensschwächeren Ländern (Bruffaerts et al., 2011). Dadurch wird nicht nur der Bedarf nach einer Ausweitung der kostenintensiven psychiatrischen und psychotherapeutischen Kapazitäten im Kontext Suizid und Suizidalität evident, sondern auch die Notwendigkeit von multisektoralen Strategien, die sich weit über das Gesundheitssystem hinaus erstrecken und dadurch vor allem niederschwellige Präventionsmaßnahmen generieren. Während Akutintervention und Nachbehandlung von Suiziden demnach Domäne der Psychiatrien bleiben sollten, zielen solche spezifischen präventiven Maßnahmen eher auf das Erkennen und Managen von Suizidalität ab.

Suizidalität kann gemäß Castillejos et al. (2020) als ein Kontinuum verstanden werden, das von passiven Todeswünschen, über konkrete Suizidgedanken und Suizidplanung bis hin zum Suizidversuch reicht. Die Lebenszeitprävalenz für Suizidalität als Kombination aus Ideation, Plan und Versuch in der Gesamtbevölkerung schätzen Nock et al. (2008) auf 9,2%. Eine aktuellere Untersuchung von Plener et al. (2012) schätzt die Jahresprävalenz für Suizidgedanken bei Jugendlichen auf 21,8%. Dass spezifische Präventionsmaßnahmen sowohl gegen Suizide als auch gegen Suizidversuche durchaus effektiv wirksam sind, zeigt eine aktuelle Metaanalyse von Hofstra et al. aus dem Jahr 2020.

1.4 Relevanz: Gatekeeper als Adressaten von Präventionsstrategien

Als eine mögliche Strategie gibt die World Health Organisation 2012 mit dem Titel *Public health action for the prevention of suicide: A framework* ein Handbuch mit Maßnahmen heraus, um die nationale Suizidprävention sukzessive stabil zu implementieren und zu verbessern. In Übereinstimmung mit ihrem *Mental Health Gap Action Programme* von 2010 wird darin deutlich gemacht: „Services are scarce and when they do exist, they are difficult to access and are under-resourced. Access to appropriate services as well as improved help seeking are essential to health and wellbeing“ (World Health Organisation, 2012, S. 2).

Demnach muss es unter anderem Ziel sein, Gatekeeper aus unterschiedlichen Bereichen wie Gesundheit, Bildung, Polizei, Rettungsdienst, Medien, aber auch vulnerable Gruppen und Angehörige anzusprechen, um gesellschaftliche Verantwortungsbereiche und Rollen im Kontext Suizid zu klären, vorhandene Ressourcen abzubilden, Versorgungslü-

cken und -schwierigkeiten zu identifizieren und diese durch Kooperation flächendeckend zu schließen (World Health Organisation, 2012, 2014).

Ausgehend von der Annahme, dass vulnerable Personen aus Angst vor Stigmatisierung oder fehlendem Wissen bezogen auf mögliche Anlaufstellen im Gesundheitssystem selten aktiv Hilfe suchen, gleichzeitig aber häufig in Kontakt mit Gatekeepern kommen, ist es umso wichtiger, Akteur*innen zu sensibilisieren, um entsprechende Maßnahmen einleiten zu können. Studien zeigen, dass ca. 83% der Personen, die sich suizidieren innerhalb von einem Jahr vor ihrem Suizid in Kontakt mit einer Person aus dem Gesundheitswesen kommen (Ahmedani et al., 2014). 25% der Betroffenen hatten in den drei Monaten vor ihrem Suizid Kontakt zu Polizeibeamt*innen (Linsley et al., 2007).

Solche Trainingsprogramme für Gatekeeper sind typische Komponenten nationaler Suizidpräventionsstrategien. Ihr Ziel ist es Wissen, Haltung und Kompetenz zur Identifikation, Risikoeinschätzung und Gesprächsführung mit Hochrisikopersonen zu verbessern; darüber hinaus Kenntnis zur Infrastruktur von Interventions- und Behandlungsmöglichkeiten zu vermitteln, um Betroffene zuverlässig an zuständige Stellen anzubinden; und um durch einen Zuwachs an Kenntnis ein höheres Selbstwirksamkeitserleben von Gatekeepern zu erzielen, das professionelles und effektives Verhalten im Umgang mit Suizid bzw. Suizidalität erleichtert (Albright et al., 2016; Gryglewicz et al., 2017; O'Brien et al., 2019; Rein et al., 2018). Die World Health Organisation (2014) betont, dass solche Programme an kulturelle Spezifika sowie Zugangsmöglichkeiten vor Ort angepasst sein sollen.

1.5 Forschungsstand: Notwendigkeit, Gatekeeper zu schulen

Neben strukturell bedingten Aspekten wie der Versorgungslücke im Gesundheitssystem, die eine Implementierung von niederschwelliger Suizidprävention unabdingbar macht, sowie der damit verbundenen Notwendigkeit der Koordination von Verantwortlichkeiten, gibt es weitere Gründe, Programme auf Ebene der Gatekeeper anzusetzen:

Grundsätzlich ist anzunehmen, dass Gatekeeper, also Berufsgruppen, die gehäuft mit suizidalen Personen in Kontakt kommen (Ghoncheh et al., 2014), bereits durch ihre Ausbildungen eine gute Grundlage für den Umgang mit ebensolchen erhalten haben und auf professioneller Ebene gemäß aktuellem Kenntnisstand der Wissenschaft agieren. Unterschiedliche Studien legen allerdings nahe, dass sowohl Wissen, Haltung als auch Kompetenz in diesen Schlüsselberufen im Hinblick auf den professionellen Umgang mit Suizidalität aus unterschiedlichen Gründen nicht auf einem ausreichend guten Stand sind. Obwohl sich in den letzten Jahren im wissenschaftlichen Feld viel rund um Intervention und Prävention tut, scheint es, als würde in der Praxis nur wenig Gebrauch davon gemacht.

So publizieren Berman & Silverman (2020) beispielsweise ein Paper mit zehn weit verbreiteten Mythen, die rund um die Risikoabklärung, Behandlung und das Management suizidaler Patient*innen seitens des Gesundheitspersonals im klinischen Kontext existieren und die sich rasch durch empirisches Material falsifizieren lassen. Ein solcher Irrglaube ist beispielsweise der, dass eine freiwillige Einweisung suizidale Personen vor künftigen Suizidversuchen schütze (Berman & Silverman, 2020). Auch die längst überholte Annahme, dass das bloße Ansprechen von Suizidgedanken diese überhaupt erst auslösen könne, kursiert noch immer (Kullberg et al., 2020).

Was in Folge häufig in ineffektiven Interventionen mündet, führen Berman und Silverman (2020) hier auf einen Zeitmangel zur Auseinandersetzung mit- und fehlenden Zugang zu evidenzbasierter Wissenschaft und gleichzeitiger Angst im Umgang mit suizidalen Patient*innen zurück. Kene et al. (2019) gehen davon aus, dass ineffektives Handeln durch die Unmöglichkeit des Transfers von wissenschaftlichen Erkenntnissen in die Praxis entsteht. Abgesehen von den Schwierigkeiten, die Praktiker*innen ihrer Meinung nach häufiger im Kontakt mit komplexen Daten aus der Forschung haben, vermuten sie weitere Barrieren, die die Umsetzung neuester Erkenntnisse und ein Arbeiten gemäß Best Practice verhindern. Dazu gehören unter anderem eine mangelhafte Ausbildung, fehlende Schulungen, Ängste im Umgang mit suizidalen Personen, die Komplexität der Risikoeinschätzung als auch institutionelle Hürden, die ressourcenbedingt das Eingehen auf individuelle Bedürfnisse der Patient*innen verhindern.

Trainingslücken gibt es in verschiedenen Bereichen, die mit psychischer Gesundheit assoziiert sind. Sozialarbeiter*innen, Psycholog*innen, Lebens- und Sozialberater*innen oder auch Schulseelsorger*innen fühlen sich nicht ausreichend durch ihre Ausbildung auf den Umgang mit Suizidalität und Suizid vorbereitet (Cramer et al., 2019; Ghoncheh et al., 2014; Gryglewicz et al., 2017; Kene et al., 2019; Kullberg et al., 2020; World Health Organisation, 2014). In vielen einschlägigen Curricula wird das Thema überhaupt nicht behandelt oder durch verpflichtende Trainings ergänzt. Das zeigen unter anderem Studien mit Gesundheitspersonal aus dem verhaltensmedizinischen Bereich (Silva et al., 2016), mit Polizeibeamt*innen (Cerel et al., 2018), mit Student*innen aus beratenden Berufen (Elliott & Henninger, 2020) oder auch solche, die sich allgemein auf Personal im Gesundheitswesen beziehen (O'Brien et al., 2019).

Aber nicht ausschließlich das Fehlen standardisierter, verpflichtender, evidenzbasierter Aus- bzw. Fortbildungen sind Gründe für das Ausbleiben des Transfers. Auch mangelnde Möglichkeiten, das Erlernte durch praktische Übungen wie beispielsweise Rollenspiele an reale Gegebenheiten anzupassen, um sich selbst mit dem Erlernten in nicht-

kontrollierten Stresssituationen auszuprobieren und ein höheres Selbstwirksamkeitserleben zu erzielen, spielen eine Rolle (Kene et al., 2019).

Ängste, bezogen auf den Umgang mit suizidalen Personen - die unter anderem aus oben genanntem Trainingsmangel resultieren - sind ebenfalls ein zentrales Hindernis für die Umsetzung neuester Erkenntnisse in die Praxis. Nicht nur die Komplexität des Phänomens allein bedingt diese Unsicherheit. Auch mögliche rechtliche Konsequenzen, die ein Suizid nach sich ziehen kann, führen dazu, dass suizidale Personen sogar eher als Gefahr von denjenigen wahrgenommen werden, die sie behandeln sollen (Kene et al., 2019).

1.6 Relevanz: Warum e-Learning?

Dass spezifische Suizidpräventions- und Interventionsprogramme gegen Suizid und Suizidversuche wirken, wurde bereits an anderer Stelle erwähnt (Hofstra et al., 2020). Auch Gatekeeper-Schulungen in der Suizidprävention haben nachweislich positive Effekte (de Beurs et al., 2016; Jahn et al., 2016; Marshall et al., 2014). Die vorhandene Versorgungslücke innerhalb des Gesundheitssystems wie auch die Defizite von Gatekeepern im Umgang mit suizidalen Personen machen den Ausbau entsprechender spezifischer Aus- und Fortbildungen allerdings weiterhin unbedingt notwendig. Diese werden nicht nur von der World Health Organisation, sondern auch von anderen Institutionen wie beispielsweise der National Action Alliance for Suicide Prevention (2014) oder in Österreich durch SUPRA- Suizidprävention Austria (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2020) auf nationaler Ebene gefordert. Und während die formal verpflichtende Implementierung in die Curricula der jeweiligen Ausbildungsorganisationen eine strukturelle Aufgabe bleibt, können durch zusätzliche Präventionsprogramme ebenfalls Kompetenzgewinne erzielt werden.

Eine Barriere für das Wahrnehmen solcher Programme allerdings - darunter auch Gatekeeperschulungen - ist die Tatsache, dass sie zumeist mit hohen zeitlichen und finanziellen Aufwänden und physischer Präsenz der Teilnehmer*innen verbunden sind (McMillen et al., 2016). Diese Tatsache kann zu erhöhten Dropout-Raten führen. Ghoncheh et al. (2014) führen weiter aus, dass es gerade für Gatekeeper aufgrund ihrer beruflichen Auslastung schwierig ist, ortsgebundene Schulungen wahrzunehmen, die zudem häufig auch noch zu fixierten Terminen stattfinden. Besonders für diejenigen aus ländlicheren Regionen, in denen die Suizidraten häufig sogar höher sind als in der Stadt (Helbich et al., 2017; Kapusta & Sonneck, 2012) und präventive Maßnahmen deshalb umso notwendiger, wird der Zugang dadurch erschwert, dass entsprechende Programme hauptsächlich in urban angesiedelten Institutionen stattfinden. Außerdem stellen Stigmata und Tabus auch innerhalb der Schlüsselberufe immer noch ein Hindernis für die Teilnahme an solchen Face-to-Face Trai-

nings dar (Ghoncheh et al., 2014). Ein weiterer Nachteil ist, dass sowohl geschultes Lehrpersonal, Unterrichtsmaterial, Räumlichkeiten, Organisation und weitere Voraussetzungen die Umsetzung solcher Schulungen benötigt werden, die einerseits Kostenpunkte für Anbieter*innen und Teilnehmer*innen darstellen und darüber hinaus eine angemessen schnelle Adaption an neuste Erkenntnisse unter Umständen verzögern können.

Als mögliche Lösung, um diese Barrieren zu umgehen, werden sukzessive e-Learning basierte Gatekeeper-Schulungen angeboten. e-Learning, also die Verwendung von Informations- und Kommunikationstechnologie, um Bildungsinhalte zugänglich zu machen und Lernen zu unterstützen (Fontaine et al., 2019), bieten - insofern sie asynchron, also individuell abrufbar und nicht in Echtzeit, stattfinden - eine weitaus höhere Flexibilität gegenüber klassischen Formaten: Sie versprechen kontinuierlich und von überall Zugang zu Inhalten (Ghoncheh et al., 2014; Sinclair et al., 2016). Aufgrund dieser Charakteristika steigt das Angebote an online-Trainings in den letzten Jahren rasant (Elliott & Henninger, 2020).

Während in der Vergangenheit vor allem nicht-adaptive e-Learning Programme genutzt wurden, also solche die zeitlich und inhaltlich dasselbe standardisierte Training für alle Teilnehmer*innen anboten, geht die aktuelle Entwicklung über zu sogenannten adaptiven e-Learning Programmen. Diese berücksichtigen die interindividuellen Unterschiede im Vorwissen und verbessern nachweislich das Selbstwirksamkeitserleben der Teilnehmer*innen beim Lernen. Dies ist möglich, indem sie entweder modular aufgebaut sind (Ghoncheh et al., 2014) und die Nutzer*innen sich aktiv die Inhalte aussuchen, die ihren Bedürfnissen entsprechen oder indem ein Algorithmus die Inhalte entsprechend dem Bedarf steuert (Khanal et al., 2020). Ihre Struktur erlaubt e-Learning Programmen zudem eine raschere Adaption an neuste wissenschaftliche Erkenntnisse und deren Distribution. Außerdem verfügen sie häufiger über interaktive Elemente (Sinclair et al., 2016). Dadurch bieten sie die Möglichkeit, das Erlernte im Kontakt zu anderen auszuprobieren und Sicherheit im Umgang damit zu gewinnen. Dies ist, wie bereits erwähnt, gerade in Trainings zur Suizidprävention besonders relevant (Kene et al., 2019).

1.7 Aktueller Forschungsstand: Wirksamkeit, Verbreitung und Herausforderungen von e-Learning Programmen in der Suizidprävention für Gatekeeper

Eine aktuelle Metaanalyse legt die Vermutung nahe, dass bei korrekter Implementierung von adaptiven e-Learning Programmen im Allgemeinen äquivalente Trainingsergebnisse zu klassischen Trainingsformaten bei Gatekeepern zu erzielen sind (Fontaine et al., 2019). Auch in entsprechenden Programmen spezifisch zur Suizidprävention können positive Outcomes, also die Effektivität von e-Learning für Gatekeeper nachgewiesen werden

(Albright et al., 2016; Kullberg, 2020; Magruder, 2015). Allerdings ist es wichtig, an dieser Stelle anzumerken, dass solche Befunde aus mehreren Gründen durchaus differenziert zu betrachten sind: Einerseits unterscheiden sich die Studien im Hinblick auf die Outcomes, die sie untersuchen; zudem werden diese Outcomes hauptsächlich durch Selbstauskünfte der Teilnehmer*innen statt durch objektive Parameter erfasst und bilden darüber hinaus in den meisten Fällen nur diejenigen Effekte ab, die Trainings auf die Teilnehmer*innen selbst haben. So werden als Indikatoren unter anderem Anstiege im *Wissen zu Suizid*, *Selbstwirksamkeitserleben*, *Gesprächsführungskompetenz*, *Fähigkeit zur Risikoeinschätzung* aber auch eine Abnahme an *negativen Gefühlen gegenüber dem Umgang mit Betroffenen* herangezogen (Cramer et al., 2019; Gryglewicz et al., 2017; Lamis et al., 2017; O'Brien et al., 2019; Rein et al., 2018). Auch die Heterogenität der Messinstrumente zur Erfassung dieser Konstrukte erlaubt keine generalisierende Aussage zur Effektivität. Die Forderung nach einem standardisierten Bewertungsinstrument, das den Impact von Training auf das Verhalten von Gatekeepern in der Praxis und in Folge somit Effekte auf die Risikogruppe nachweist, bleibt offen (Albright et al., 2016; Sinclair et al., 2016). Während also ein allgemeiner Zusammenhang zwischen der Teilnahme an Gatekeeperschulungen zur Suizidprävention und gesunkenen Suizidraten bisher nur unzureichend nachgewiesen werden konnte (York et al., 2013), liegt allerdings die Vermutung nahe, dass zumindest der evidente Zuwachs von gesteigertem Selbstwirksamkeitserleben als wichtigster Prädiktor für künftiges Verhalten im Sinne der *Theory of Planned Behavior* nach Ajzen (1985) langfristig einen Transfer der Inhalte in die Praxis und somit auch einen Rückgang der Suizidraten ankündigen könnte.

Im Zuge der Untersuchungen zur Effektivität von Suizidpräventionsprogrammen für Gatekeeper wurden bereits unterschiedliche e-Learning Formate konzipiert, die zum Großteil während laufender Studien für Teilnehmer*innen zugänglich waren. Nur wenige wurden anschließend kostengünstig und niederschwellig einem breiten (Fach-)Publikum zugänglich gemacht. Zwei der wenigen Formate, die es zur Veröffentlichung geschafft haben, sind *Kognito* (2021) und das online Gatekeepertraining des *QPR Institutes* (2021). *Kognito* (2021) ist ein interaktives, avatarbasiertes e-Learning Programm für Angestellte und Student*innen im Hochschulbereich, das aus dreißigminütigen Modulen zur Gesprächsführung zusammengesetzt ist. Ein allgemeineres und weiter verbreitetes Format ist das online Gatekeepertraining des QPR-Institutes, das ca. eine Stunde dauert und in eigenverantwortlichem Arbeiten Kenntnisse zu den drei Schritten *Question*, *Persuade* und *Refer* vermitteln will (QPR Institute, 2021). Beide Programme sind kostenpflichtig bzw. über Institutionen zugänglich. Allerdings nutzt keines der beiden Systeme die technisch mögliche und mittlerweile enorme Nutzeradaption (Khanal et al., 2020) und Interaktion, die dem Bedarf an fort-

laufender Weiterbildung im Kontext Suizid bzw. Suizidalität gerecht würden. Während die technische Implementierung zwar kein Teil der folgenden Studie ist, ist es dennoch wichtig, anhand der vorausgegangenen Argumentation festzuhalten, dass eine Erweiterung von e-Learning Angeboten für Schlüsselberufe durchaus sinnvoll ist. Allerdings sind dabei die Heterogenität im Vorwissen, unterschiedliche strukturelle und formelle Kontextbedingungen, sowie Anforderungen für den Kontakt zu Betroffenen bzw. Rollenerwartungen an Gatekeeper insofern zu berücksichtigen, als dass die Inhalte eines solchen Programmes entweder im Sinne des kleinsten gemeinsamen Nenners relativ basal bleiben oder eben berufsspezifisch ausgerichtet werden müssten.

2. Projektbeschreibung ELLIPSE

2.1 Allgemeine Information

Dem Gedanken eines solchen berufsgruppenspezifischen e-Learning Programmes widmet sich ELLIPSE: Mit 01. September 2019 startete das Projekt, ein Akronym für *E-Lifelong Learning In Prevention of Suicide in Europe* unter dem Motto *Life is important*. Das durch Erasmus+ ko-finanzierte Projekt mit dem Ziel europäische Bildungsstandards im Hinblick auf die Suizidprävention zu fördern, ist auf die Dauer von insgesamt 3 Jahren angelegt. Teilnehmende Länder inklusive Organisationen sind Schweden (*SPES-Blekinge*), Norwegen (*National Association for prevention of self-harm and suicide, Oslo*), Polen (*Polish Association of Suicidology, Jagiellonen Universität Krakau & Universität Warschau*), Ungarn (*Oriold & Co. Ltd. Publishing Services, Budapest*) und Österreich (*Medizinische Universität Wien*) (ELLIPSE, o.J.). Die Projektleitung hat Dr.in Anna Baran (*SPES-Blekinge, Schweden*) inne.

2.2 Ziele

Ausgangspunkt des Projekts war der Gedanke, die Qualifikationsdefizite bei solchen Berufen abzubauen, die gehäuft mit Suizidalität und Suizid in Kontakt kommen. Aber auch über das Gesundheits- und Sozialwesen hinaus sollen dadurch weitere Professionen angeregt werden, sich stärker an präventiven Maßnahmen zu beteiligen. Gelingen soll dies unter anderem durch ein adaptives und interaktives e-Learning Programm, das sowohl für Lernende als auch für Lehrende in diesen Schlüsselberufen kostenfrei zugänglich ist. Weitere Produkte, die aus dem Projekt entstehen sollen, sind ein Handbuch und eine Selbsthilfe-App. Durch die Ausrichtung der ersten *International Conference of Educational Programs in Suicide prevention* (ICEPS 2022) und die kontinuierliche Kommunikation via Website, Social Media, Interviews, etc. soll auch international Aufmerksamkeit und Interesse am Projekt erzielt werden.

2.3 Erasmus+

Erasmus+ ist das EU-Programm zur Förderung allgemeiner und beruflicher Bildung, Jugend und Sport in Europa und verfügt für 2021 über einen Haushalt von 26.2 Milliarden Euro (Europäische Kommission, o.J.). Damit sollen Aktivitäten im europäischen Bildungsraum unterstützt werden, die interkulturelles Verständnis fördern und Europäer*innen mit denjenigen Kompetenzen ausstatten, die es ihnen erlauben, sich in einer dynamischen und multikulturellen Gesellschaft gut zu bewegen. Um dabei Chancengleichheit zu gewährleisten, richtet sich das Programm sowohl an Menschen unterschiedlichen Alters als auch aus sozioökonomisch und kulturell diversen Lebensräumen. Vor allem diejenigen sollen partizipieren und profitieren, die aufgrund von bestimmten Hürden ansonsten schwerer einen Zugang zu entsprechenden Inhalten finden (Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung, o.J.).

Neben den 27 EU-Mitgliedsstaaten nehmen auch Island, Liechtenstein, Norwegen, Nordmazedonien, Serbien und die Türkei am Programm teil (Bundesministerium Bildung, Wissenschaft und Forschung, o.J.).

Schwerpunkte und Ziele des Programms 2021-2027 sind soziale Inklusion & Vielfalt, grüner und digitaler Wandel und die Förderung der Teilhabe junger Menschen am demokratischen Leben (Europäische Kommission, o.J.). Dabei sollen vor dem Grundsatz eines lebenslangen Lernens gleichzeitig Innovationen gefördert, Wissenslücken geschlossen und die europäische Identität gestärkt werden. Erasmus+ unterstützt dabei solche Projekte, die sich aus internationalen bzw. EU-weiten Kooperationen von Bildungseinrichtungen zusammensetzen und eine umweltfreundliche Umsetzung anstreben (Bundesministerium Bildung, Wissenschaft und Forschung, o.J.). So auch ELLIPSE.

2.4 Projektplan ELLIPSE

Das Projekt besteht aus drei Phasen, von denen sich jede einzelne über ein Jahr erstreckt:

1. Phase:

In dieser Phase geht es zunächst darum, sich einen Überblick über den Kenntnisstand unterschiedlicher Berufsgruppen im Hinblick auf Suizid/ Suizidalität zu verschaffen, um daraus deren Anforderungen für ein e-Learning Programm abzuleiten. Dazu sollen innerhalb des ersten Jahres pro teilnehmendem Land insgesamt zehn Fokusgruppen mit unterschiedlichen Professionen bzw. relevanten Zielgruppen durchgeführt und ausgewertet werden. Dazu gehören dazu Vertreter*innen der psychischen Gesundheitsversorgung und

der medizinischen Grundversorgung, Ersthelfer*innen, Sozialarbeiter*innen, Pflegekräfte, Politiker*innen, Medienvertreter*innen, aber auch Betroffene und Angehörige. Die Ergebnisse aus den einzelnen Ländern werden der Projektleitung übergeben, die diese weiterverarbeitet.

2. Phase:

Im zweiten Jahr sollen sowohl eine Pilotversion des e-Learning Programms, das Handbuch und die Selbsthilfe-App umgesetzt werden. Beim Welttag der Suizidprävention (10.09.2021) soll mit dem Fokus auf physische Aktivitäten in der Jugend ein Beitrag zur Förderung der psychischen Gesundheit geleistet werden.

3. Phase:

Im dritten Jahr sollen die finalen Versionen des e-Learning Programms, der Selbsthilfe-App und des Handbuchs gelauncht, evaluiert und mit äquivalenten Produkten verglichen werden. Je nach drei und sechs Monaten soll es eine Follow-Up-Evaluierung geben, bei der auch länderspezifische Einflüsse berücksichtigt werden. Als Indikator für den Erfolg des Programms will ELLIPSE die Nutzer*innenzahlen verfolgen und diese unter Berücksichtigung von möglichen Einflussfaktoren (Klima, soziodemografische Zusammensetzung, etc.) mit den regionalen und nationalen Suizidraten in Zusammenhang bringen.

2.5 Koordination und Zielsetzung in Österreich

Österreich ist durch die Medizinische Universität Wien im Projekt vertreten. Die Aktivitäten werden durch Univ.-Prof. Dr. Paul Plener, MHBA, Leiter der Kinder- und Jugendpsychiatrie des AKH und Assoc. Prof. Priv.-Doz. Dr. Nestor Kapusta, Primar der ESRA Ambulanz und Präsident des Österreichischen Vereins für Individualpsychologie koordiniert. Im Fokus stehen dabei Forschungstätigkeiten, die die Grundlage für das durch ELLIPSE angestrebte berufsgruppenspezifische e-Learning Programm bilden sollen.

2.6 Methodik zur Umsetzung des Projektziels e-Learning Programm

Im Folgenden wird die Methode beschrieben, anhand der sich ELLIPSE gemäß der Planung in der **1.Phase** einen Überblick über den Kenntnisstand der einzelnen Berufsgruppen im Hinblick auf Suizid und Suizidalität verschaffen will. Aus Gründen des Datenschutzes ist es an dieser Stelle nicht möglich, projektinterne Dokumente als Referenz in den Anhang zu geben.

2.6.1 Mixed Method Design

ELLIPSE hat sich im Hinblick auf die Datenerhebung in der ersten Phase für ein sogenanntes *Mixed-Method Design*, also eine Kombination aus qualitativen und quantitativen Methoden entschieden. Damit sollen Kenntnisse, Fähigkeiten und Bedürfnisse, die unterschiedliche Berufsgruppen im Kontext Suizid und Suizidalität haben, mittels *Bottom-Up Approach*, wie es auch im Ethikantrag (siehe Anhang C) heißt, explorativ erschlossen werden.

Studienteilnehmer*innen bekommen in Form von SIRI und SAQ zunächst zwei geschlossene Fragebögen, bevor sie anschließend in eine Fokusgruppe gehen, für deren Durchführung ein Leitfaden (siehe Anhang D) von der Projektleitung in Schweden entwickelt wurde.

2.6.2 Quantitative Methoden

2.6.2.1 Suizid Interventions-/Reaktions Inventar-2-D (SIRI-2-D). Der SIRI (Suicide Intervention Response Inventory), ursprünglich nach Neimeyer & MacInnes (1981), dient dazu die Fähigkeiten in der Gesprächsführung von Helfer*innen in der Krisenintervention zu erfassen. Dazu enthält er 25 Items in Form von hypothetischen Fallbeispielen, sogenannten Mikrovignetten, mit suizidalen Klient*innen. Anhand der Ergebnisse lassen sich sowohl Aussagen über unterschiedliche Grade der Professionalisierung treffen als auch Schulungs-Outcomes beurteilen (Neimeyer & Hartley, 1986). Der SIRI-2, eine Weiterentwicklung von Neimeyer & Bonnelle (1997), verwendet für jedes Item eine 7-Punkt-Likert-Skala (-3: sehr ungeeignet bis +3: sehr geeignet) mit den Standardmittelwerten einer Expert*innengruppe als Referenz. Im Vergleich zur vorherigen Version, bei der nur eine dichotome Codierung (geeignet/ungeeignet) möglich war, bietet die Verwendung der Likert-Skala eine höhere Sensitivität für die Einschätzung der Fähigkeiten der Proband*innen. Die deutsche Übersetzung, SIRI-2-D, erfolgte 2009 durch Malfent & Kapusta (siehe Anhang E).

2.6.2.2 Suicide Acceptance Questionnaire (SAQ Version 1.0). Der SAQ soll die Haltung und Meinung (Akzeptanz) zu Suizid erfassen. Er enthält insgesamt 10 Aussagen, also Items, die auf einer 5-Punkt-Likert-Skala (1: trifft nicht zu bis 5: trifft sehr zu) bewertet werden sollen. Je höher der Score, desto höher die Akzeptanz gegenüber Suizid. Er zeichnet sich besonders durch seine Kürze und eine hohe Reliabilität aus (Stecz et al., 2020). Aufgrund seines aktuellen Erscheinens gibt es noch keine deutsche Übersetzung des SAQ. Er wurde aber von den Mitarbeiter*innen des Projekts ins Deutsche übersetzt (siehe Anhang F).

2.6.3 Qualitative Methoden und Einbettung der vorliegenden Arbeit

Zur primäranalytisch empirischen Erhebung von Kenntnissen, Bedürfnissen und Fähigkeiten von Kräften in Schlüsselberufen werden außerdem Fokusgruppen durchgeführt. Die Ergebnisse aus den anschließenden Thematischen Analysen sollen die Grundlage für die inhaltliche Gestaltung der e-Learning Programme darstellen. Während die Erhebungsmethode durch ELLIPSE festgesetzt ist, wurde die Auswertungsmethode durch die Koordination von der Medizinischen Universität Wien vorgegeben und im Ethikantrag eingereicht.

Die vorliegende Arbeit ist an dieser Stelle insofern in das Projekt integriert, als sie die Planung, Durchführung und Auswertung von vier solcher berufsgruppenspezifischen Fokusgruppen in Österreich beinhaltet.

2.6.4 Forschungsfrage

Durch die Integration in das Projekt, beziehungsweise von ELLIPSE selbst ausgehend ist keine spezifische Forschungsfrage gegeben. Das Forschungsinteresse allerdings ist es, Haltung, Wissen, Fähigkeiten und daraus resultierende Bedürfnisse von Gatekeepern im Kontext Suizidalität und Suizid zu explorieren, um die Ergebnisse als Grundlage für ein berufsgruppenspezifisches e-Learning Programm zu verwenden.

3. Methodik

Im Folgenden werden Stichprobe, Erhebungs- und Auswertungsmethoden der vorliegenden Arbeit dargestellt.

3.1 Stichprobenbeschreibung

Die Daten für die vorliegende Masterarbeit wurden im Zeitraum von Oktober 2020 bis März 2021 in Österreich erhoben. Aufgrund von Verzögerungen befindet sich ELLIPSE zu diesem Zeitpunkt immer noch in der ersten Projektphase. Insgesamt wurden vier Fokusgruppen durchgeführt, die alle im Ethikantrag gegenüber der Medizinischen Universität angeführt sind. Drei davon mit Gatekeepern im eigentlichen Sinne der Definition, nämlich solchen Berufsgruppenangehörigen, die aufgrund ihrer Tätigkeit gehäuft mit suizidalen Personen oder Suizid in Kontakt kommen (Ghoncheh et al., 2014; World Health Organisation, 2014). Dazu gehören Psychologiestudierende, Psychotherapeut*innen und Rettungssanitäter*innen. Außerdem fand eine weitere Fokusgruppe mit Betroffenen und Angehörigen statt, um auch deren Einschätzung zu Haltung, Wissen, Fähigkeiten und Bedürfnissen von Gatekeepern einzubeziehen. Es handelt sich also jeweils um eine absichtsvolle Stichprobenziehung (Schreier, 2020).

Im Folgenden soll dargestellt werden, wie die Stichprobe geplant wurde, wie Fokusgruppenteilnehmer*innen rekrutiert wurden und welche Besonderheiten bei der Erhebung auftraten.

3.1.1 Anzahl der Interviews und Teilnehmer*innen

Für die vorliegende Arbeit war angedacht, zwischen drei bis fünf Fokusgruppen durchzuführen. Die Auswahl der Berufsgruppen folgte dem Prinzip der besten und schnellsten Erreichbarkeit und Umsetzbarkeit. Gemäß Ethikantrag sollte jede Gruppe, wenn möglich, über acht Teilnehmer*innen mit einem Mindestalter von 18 Jahren verfügen.

3.1.2 Rekrutierung

Flyer. In Absprache mit der Medizinischen Universität Wien und ELLIPSE wurde ein offizieller Flyer zur Rekrutierung der Teilnehmer*innen für die Fokusgruppen erstellt (siehe Anhang G). Dieser enthält eine kurze Projektbeschreibung, eine Information zum Ablauf der Befragung mit Link zur Terminabstimmung und einen Kontakt.

Zugang. Die Rekrutierung der Teilnehmer*innen erfolgte stichprobenspezifisch. Einerseits wurde der Flyer an Schlüsselpersonen innerhalb der Institutionen versendet, andererseits über Soziale Medien, genauer gesagt in Facebook-Foren, distribuiert. Aufgrund der Homogenität der Stichproben, also deren *dichtem* sozialen Zusammenhang (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2021, S.82), wurden Personen außerdem nach dem Schneeballsystem durch andere Teilnehmer*innen gewonnen.

Terminabstimmung. Jeder Flyer enthielt drei Terminvorschläge für die Fokusgruppe mit einem Link zur Abstimmung unter www.termino.gv.at. Termino wird vom Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort zur Verfügung gestellt und verarbeitet Daten gemäß dem österreichischen Datenschutz. Auch die Speicherung und Verarbeitung der Daten erfolgt ausschließlich in Österreich (termino, O.J.)

3.1.3 Anpassungen der Stichprobe

Letztlich wurden für die vorliegende Arbeit insgesamt vier Fokusgruppen durchgeführt. Im Ethikantrag steht, dass pro Fokusgruppe acht Teilnehmer*innen befragt werden sollen. Dies entspricht Krueger & Caseys (2000) Empfehlung, die für die Durchführung mit nicht-kommerziellen Fokusgruppen eine Größe von sechs bis acht Personen vorsehen.

Aufgrund der zähen Akquise und des Zeitdrucks durch das Projekt wurde seitens der Projektleitung von der Medizinischen Universität Wien jedoch beschlossen, dass die Fokusgruppen auch mit weniger Teilnehmer*innen durchgeführt werden konnten. Dies stellt allerdings eine deutliche Limitation dar und wird im Rahmen der Fokusgruppendarstellung im weiteren Verlauf der Arbeit diskutiert.

Herausforderungen bei der Rekrutierung entstanden aus unterschiedlichen Gründen: Aufgrund von Covid war keine persönliche Ansprache von Teilnehmer*innen möglich. Auch Gatekeeper innerhalb von Institutionen oder Organisationen kamen kaum in persönlichen Kontakt mit potenziellen Teilnehmer*innen und versendeten den Flyer deshalb selbst via Mail. Gerade aber bei solch sensiblen und brisanten Themen wie Suizid und Suizidalität ist es möglicherweise schwierig, sich zur Teilnahme an einer Fokusgruppe zu melden, ohne zu wissen wer die Person ist, die die Erhebung durchführt. Der Beziehungsaspekt zwischen Teilnehmer*innen und Interviewer*innen, aber auch zwischen potenziellen Teilnehmer*innen und den Gatekeepern innerhalb der Organisation, die die Anfrage weiterleiten bzw. zwischen potenziellen Teilnehmer*innen und der Organisation selbst ist unter Umständen in einer Erhebung zu diesem Thema relevanter als in anderen. Es ist außerdem vorstellbar, dass das Thema und der Diskurs als belastend antizipiert und deshalb vermieden wurden.

Eine weitere Herausforderung war die Terminfindung. Die Durchführung via *zoom* (2021) hatte zwar den Vorteil, dass eine Teilnahme österreichweit möglich war, gleichzeitig äußerten mehrere potenzielle Teilnehmer*innen Bedenken im Hinblick auf den Datenschutz gegenüber der Plattform und sagten aus diesem Grund ab. Es gab außerdem einen Termin, zu dem insgesamt drei Pflegekräfte einer psychiatrischen Station erschienen. Eine Pflegekraft erklärte sich aber nicht einverstanden damit, dass die Fokusgruppe aufgezeichnet wird, obwohl sie vorab über den Ablauf und die Rahmenbedingungen aufgeklärt wurde. Sie schlug vor, das Gespräch stattdessen in Stichpunkten mitzuschreiben. Die Fokusgruppe wurde abgesagt, weil eine stichpunktartige Mitschrift weder als ausreichende Grundlage für eine thematische Analyse erachtet wurde, noch der internationale Standard der Durchführung (alle Fokusgruppen im Projekt werden aufgezeichnet und anschließend transkribiert) erfüllt werden konnte. Eine Fokusgruppe mit nur zwei Teilnehmer*innen schien zu weit vom Standard entfernt.

3.2 Erhebungsform: Das fokussierte Interview

Fokusgruppen lassen sich in ihren Ursprüngen der Rezeptions- und Wirkungsforschung zuordnen. So wurden sie beispielsweise lange Zeit in der Propagandaanalyse verwendet (Merton et al., 1956). Damit sind sie als Methode nicht nur interessant für die Sozi-

al- sondern auch für die Marktforschung. Krueger & Casey (2000) unterscheiden demnach mehrere Ansätze von Fokusgruppen: Einen Verwendungsstil, der eher in der Wirtschaft Anklang findet und einen, der wissenschaftlichen Ansprüchen gerecht wird. Przyborski & Wohlrab-Sahr (2021, S. 171) meinen hierzu, dass es sich bei Fokusgruppen „...um einen mittlerweile ‚klassischen‘ Ansatz qualitativer Erhebung handelt, der – vor allem im Bereich der Medienwissenschaften und in der Marktforschung- relativ breite Verwendung findet.“ Allen Formen sei dabei aber das Ziel gemein, die subjektive Wahrnehmung gegenüber einem Stimulus oder einer Situation möglichst tiefgründig zu explorieren.

Dass die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zur (e-Learning) Programmentwicklung verwendet werden sollen, könnte unter Umständen ein Methodenverständnis im Sinne der Marktforschung nahelegen, in dem die Methode zur Evaluierung genutzt wird. Dennoch hat sie zum Ziel, das *fokussierte Interview* so anwenden, wie Merton et al. (1956) es aus ihren Erfahrungen in der Rezeptions- und Wirkungsforschung von Massenkommunikation am Bureau of Applied Social Research ursprünglich als Interviewtyp im wissenschaftlichen Sinne entwickelt haben (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2021). Die Begriffe Fokusgruppeninterview und fokussiertes Interview werden in Folge synonym verwendet.

3.2.1 Merkmale von fokussierten Interviews

Stimulus als Ausgangspunkt. Das fokussierte Interview zeichnet sich dadurch aus, dass der Befragung ein konkreter Stimulus vorausgeht, der allen Teilnehmer*innen gemein ist und zu dem Material gewonnen werden soll. Dieser Stimulus kann ein Film, ein Ereignis aber auch eine soziale Situation sein. Wie wurde dieser Stimulus subjektiv erlebt? Unter Umständen greifen Interviewer*innen hier im Vergleich zu anderen Interviewformen stärker ein, um das Gespräch der Teilnehmer*innen immer wieder zum Fokus zurückzuführen (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2021). Dies geschieht vor allem durch sogenanntes immanentes Nachfragen, also solches, das sich auf bereits Gesagtes bezieht. Ein Vorteil der Gruppe ist dabei, dass sich durch die Interaktion ein *share and compare* ergibt, das Erinnerungen rund um den Stimulus aktiviert, die im Einzelinterview vergessen worden wären (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2021).

Leitfadenentwicklung. Nach Merton et al. (1956) haben die Forscher*innen den Stimulus bereits vorab auf bedeutsame Elemente, Muster und seine Gesamtstruktur analysiert und Hypothesen zu deren Wirkung entwickelt. Auf Grundlage dieser Inhaltsanalyse (Merton & Kendall, 1979) wird ein Interviewleitfaden erstellt. Dieser dient dazu Antwortmaterial zu generieren, um die vorhandenen Hypothesen zu überprüfen oder in Folge bisher unbekannte Inhalte und nicht antizipierte Reaktionen zutage zu fördern, um daraus neue

Hypothesen zu generieren. Dass der Stimulus, dem die Teilnehmer*innen ausgesetzt waren, vorher genau analysiert wurde, ist demnach eine besondere Voraussetzung des fokussierten Interviews (Merton & Kendall, 1979). Die genaue Kenntnis über die objektiven Merkmale der Situation bzw. des Stimulus ermöglicht es den Forscher*innen, die subjektiven Reaktionen der Befragten darauf zu diskriminieren und auf die sich daraus ergebenden Implikationen hin zu analysieren (Merton & Kendall, 1979).

Auswahl der Interviewpartner*innen. Um eine Atmosphäre zu schaffen, in der sich alle Teilnehmer*innen äußern können und sich gegenseitig anregen, empfiehlt sich die Durchführung mit homogenen Gruppen, in denen Status-, Milieu- oder Altersdifferenzen keine negativen Auswirkungen auf die Redebereitschaft der einzelnen Teilnehmer*innen haben (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2021). Merton et al. (1956) führen in diesem Zusammenhang das Kriterium der Bildungshomogenität ein. Im Hinblick auf die Gruppengröße raten sie außerdem zu einer Anzahl von zehn bis zwölf Teilnehmer*innen. Krueger und Casey (2000) gehen damit konform - allerdings nur bei Erhebungen zu Marktforschungszwecken. Für Fokusgruppen, in denen nicht-kommerzielle und komplexere Themen behandelt werden, schlagen sie eine Teilnehmer*innenanzahl von sechs bis acht vor. Unabhängig vom konkreten Umfang sollte die Gruppengröße aber dem Zweck der Durchführung eines fokussierten Interviews dienen. In diesem Sinne: „It should not be so large as to be unwidely or to preclude adequate participation by most members nor should it be so small that it fails to provide substantially greater coverage than that of an interview with one individual“ (Merton et al., 1956, S. 137). Um einen guten Gesprächsverlauf zu ermöglichen, in dem sich die Teilnehmer*innen durch Äußerungen gegenseitig animieren, wird eine kreisförmige Sitzordnung empfohlen.

3.2.2 Kriterien von effektiven Fokusgruppeninterviews

Merton et al. (1956) nennen vier Kriterien, anhand derer sich produktives von unproduktivem Interviewmaterial unterscheiden lässt:

Range. Hiermit ist das Ausmaß an relevanten Informationen gemeint, die durch das Interview über den Stimulus und die Reaktionen der Teilnehmer*innen darauf generiert werden (Merton & Fiske, 1979). Range bezieht sich sowohl auf die inhaltliche Bandbreite als auch auf die Anzahl der Antworten. Im Gegensatz zu rein hypothesenprüfenden Verfahren sollen durch dieses Kriterium im fokussierten Interview gerade solche Informationen zutage gefördert werden, die von Forscher*innen im Voraus nicht antizipiert wurden. Be-

sonders halb-strukturierte Fragen sind im fokussierten Interview eine gute Methode, diese Range zu vergrößern.

Spezifität. Beim Kriterium der Spezifität geht es darum, die subjektiven und spezifischen Bedeutungen einzufangen, die die Teilnehmer*innen bestimmten Aspekten des Stimulus beimessen und zu explorieren wie diese Bedeutungen zustande kommen. Erst dadurch könnten verallgemeinerbare Aussagen über den Stimulus getroffen werden (Merton et al., 1956).

Tiefgründigkeit & persönliche Kontexte. Unter dem Kriterium der Tiefgründigkeit verstehen Merton et al. (1956, S. 95) das Ziel „to obtain a maximum of self-revelatory reports of how the situation under review was experienced“. Ein Interview verläuft nicht gleichbleibend auf einer Ebene der Tiefgründigkeit und Interviewer*innen sollten bemüht sein, das Level zu erhöhen, indem sie die Teilnehmer*innen dazu auffordern, ihre Affekte bezogen auf den Stimulus zu elaborieren.

Dass ein und derselbe Stimulus bei den Teilnehmer*innen subjektiv unterschiedliche Emotionen oder Eindrücke hervorrufen kann, lässt sich unter anderem auf die unterschiedlichen Kontexte zurückführen, aus denen diese Personen kommen. Sozioökonomischer Status, Einstellungen, Werte und soziale Rollen beeinflussen die Antworten. Zwei Arten von Kontexten werden hierbei von den Autor*innen unterschieden: Zum einen der idiosynkratische Kontext, der sich auf höchstpersönliche, einzigartige Erfahrungen bezieht, und der Rollenkontext, der sich aus einem bestimmten sozialen Status ergibt, den die Person innehat (Merton et al., 1956).

Non-Direction. Ein weiteres Kriterium für die gelungene Durchführung einer Fokusgruppe ist die *Non-Direction*, die sich gemäß (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2021) mit *Nicht-Beeinflussung* übersetzen lässt. Damit gemeint ist, dass die interviewten Personen das ansprechen und durch den Gesprächsprozess näher explorieren, was sie persönlich im Hinblick auf den Stimulus als relevant erachten und nicht das, was durch Interviewer*innen vorgegeben wird. Möglich wird dies vor allem durch die Verwendung von unstrukturierten und halbstrukturierten Fragen, die im Vergleich zum geschlossenen Fragebogen Raum für den Bezugsrahmen der Teilnehmer*innen geben. Erst dadurch lassen sich Informationen generieren, die nicht bereits durch die Forscher*innen antizipiert wurden. Das Kriterium der Nicht-Beeinflussung hat positive Auswirkungen sowohl auf die Range, Tiefgründigkeit, Spezifität und den persönlichen Kontext (Merton, et al., 1956).

Retrospection. Ein Hilfsmittel, um die oben genannten Kriterien zu erfüllen ist die *Restrospection* bzw. wie Przyborski & Wohlrab-Sahr (2021) es übersetzen, die *retrospektive Introspektion*. Damit ist gemeint, dass sich die Teilnehmer*innen der Fokusgruppe die Situation, in der sie den Stimulus erfahren, und das, was sie in diesem Moment empfunden haben, vergegenwärtigen sollen. Dies kann beispielsweise durch die Aufforderung geschehen, sich gedanklich in die Situation zurückzusetzen.

3.2.3 Arten von Fragen im fokussierten Interview

Offene und halbstrukturierte Fragen. Zu Beginn empfehlen die Autor*innen, eine möglichst offene Frage, die sich auf den Stimulus bezieht (Merton et al., 1956). Als besondere Herausforderung ist dabei zu berücksichtigen, dass deren Formulierung so zu wählen ist, dass die Teilnehmer*innen ihre persönlichen Eindrücke zum Stimulus preisgeben, statt bloß eine Auflistung zu machen.

Im weiteren Verlauf helfen halbstrukturierte Fragen dabei, die genannten Aspekte der Situation detaillierter auszuleuchten. Przyborski & Wohlrab-Sahr (2021, S.177) erwähnen hierzu, dass eine offene Eingangsfrage wie „Was beeindruckt Sie an diesem Film am meisten?“ aus gesprächsanalytischer Sicht schon insofern kritikwürdig ist, als dass sie voraussetzt, dass die Befragten sich bereits komplex mit dem Stimulus als auch mit ihrem eigenen Erleben in Referenz dazu auseinandergesetzt und ein Urteil gebildet haben. Weniger überfordernde bzw. nicht-wertende Formulierungen wären hilfreicher. So zum Beispiel „Was geht euch so durch den Kopf, wenn...“ (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2021, S. 177).

Überleitende und mutierende Fragen. Die Autor*innen empfehlen für den optimalen Verlauf des Interviews, dass die Befragten selbst zu neuen Themen überleiten. Der Leitfaden sollte so konzipiert und antizipiert sein, dass sich ein möglichst konsistenter Gesprächsfluss von einem Thema zum nächsten ergibt. Ist ein Thema aber erschöpft, oder die Teilnehmer*innen gehen nicht spontan zu einem neuen über, sind *überleitende Fragen* eine Möglichkeit, das Gespräch subtil voranzubringen, indem sie an bereits Gesagtes anknüpfen und die Teilnehmer*in zu einer Vertiefung/Hinführung zu einem Thema animieren (Merton & Kendall, 1979). Mutierende Fragen hingegen, vergleichbar mit exmanenten Fragen, sollten nur dann verwendet werden, wenn sich ein Thema durch überleitende Fragen nicht befriedigend hat ausleuchten lassen (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2021).

3.2.4 Gruppendynamik, Fokus und Herausforderungen

Wie bereits erwähnt ist ein Spezifikum der Gruppe die Interaktion. Interaktion kann Perspektiven erweitern, Gedächtnisinhalte fördern, zu Gedanken animieren und Hemmungen abbauen (Merton et al., 1956). Gleichzeitig kann dies auch dazu führen, dass der Fokus aus dem Auge verloren wird.

Während dies in anderen Gruppendiskussionsverfahren die interessierenden Gesprächspunkte sind, weil sie den Blick auf habituelle Muster freigeben (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2021), verlangt das fokussierte Interview an dieser Stelle ein stärkeres Eingreifen durch die Interviewer*in, um die Aufmerksamkeit der Teilnehmer*innen zurückzulenken. Wie Przyborski & Wohlrab-Sahr (2021, S. 181) schreiben: „Manches ist im Hinblick auf den Fokus schlicht irrelevant“. Gleichzeitig müssen sich Interviewer*innen der besonderen Verantwortung, die mit ihrer Rolle einhergeht, bewusst sein und für die Dauer der Durchführung zumindest ihren eigenen Affekt kontrollieren, damit sie im Sinne eines *leader effects* die Teilnehmer*innen nicht dazu verleiten, sich an ihnen zu orientieren (Merton et al., 1956). Aus demselben Grund sollten sie versuchen, dominante bzw. Vielsprecher*innen einzudämmen und stillere Teilnehmer*innen zu animieren, denen es unter Umständen schwerfällt, innerhalb einer Gruppe Referenz zu eigenem emotionalen Erleben zu geben.

Entsteht Stille, sollten Interviewer*innen versuchen, diese *sprachlosen* Phasen in ihrer Bedeutung zu verstehen, statt sie durch weitere Fragen zu kontaminieren. Am Beginn des Interviews sollten sie sich und ihre Rolle vorstellen, die Beziehung zwischen den Teilnehmer*innen klären, gegenseitigen Respekt fordern und deutlich machen, dass unterschiedliche Meinungen nicht mit persönlichen Differenzen gleichzusetzen sind (Merton et al., 1956).

3.3 Datenerhebung

Im Folgenden werden die Erhebungssituation, der Ablauf der Fokusgruppe, deren Dokumentation und die Anpassung des Ablaufs beschrieben.

3.3.1 Erhebungssituation

Der Ethikantrag an der Medizinischen Universität Wien hält offen, ob die Fokusgruppen entweder in Präsenz oder via *Webex* (Cisco, 2021), also internetgestützt stattfinden, und macht die Entscheidung abhängig von den aktuellen COVID-19 Bestimmungen. Alle vier vorliegenden fokussierten Interviews wurden schließlich online durchgeführt. Dadurch wurde es möglich, dass auch Personen aus anderen Bundesländern teilnehmen konnten. Aus Gründen der Praktikabilität (Lizenzen) wurde statt *Webex* (Cisco, 2021) allerdings

zoom (2021) als Plattform genutzt. Neben den Teilnehmer*innen war die Moderatorin anwesend. Technische Schwierigkeiten sind während den Erhebungen nicht aufgetaucht.

3.3.2 Ablauf der Fokusgruppe

Zu Beginn der Fokusgruppe stellte die Moderatorin sowohl sich selbst als auch das Projekt und dessen Ziele vor. Es folgte eine Aufklärung im Hinblick auf die Anonymisierung, Verschwiegenheit, den Zeitrahmen, die Aufzeichnung des Interviews und die weitere Verarbeitung der Daten.

Zunächst wurden die beiden quantitativen Fragebögen, SIRI und SAQ, per e-Mail an die Teilnehmer*innen ausgesendet und eine Bearbeitungszeit von ca. 20 Minuten angekündigt. Die ausgefüllten Dokumente konnten sie anschließend eigenständig und anonym bei cloudius.meduniwien.ac.at (ownCloud, 2021) hochladen. Dabei handelt es sich um eine private Cloud, die nur über einen Zugang durch die Medizinische Universität Wien erreichbar ist.

Danach wurde die Aufzeichnung im mündlichen Einverständnis mit den Teilnehmer*innen gestartet und die Moderatorin bat alle Anwesenden, sich kurz vorzustellen und die persönlichen Beweggründe für die Teilnahme kurz darzulegen. Es folgte das Gespräch entlang des Leitfadens, an dessen Ende eine kurze Abschlussrunde stand, in der die Teilnehmer*innen ein Feedback zum Gespräch geben konnten.

3.3.3 Dokumentation der Fokusgruppe

Mit dem mündlichen Einverständnis der Teilnehmer*innen startete die Aufzeichnung über eine integrierte Funktion des Softwareprogramms zoom (2021). Die Aufzeichnung wurde unmittelbar im Anschluss an jede Gruppe transkribiert und anschließend gelöscht.

3.3.4 Anpassungen des Ablaufs

Ursprünglich war geplant, die quantitativen Fragebögen vorab zu versenden, ausfüllen und hochladen zu lassen. Dieses Vorgehen wurde jedoch in die 90-minütigen Sitzungen integriert, um für Rückfragen durch die Teilnehmer*innen ansprechbar zu sein.

Fragen kamen zwar selten auf, jedoch dauerte das Ausfüllen der Bögen länger als geplant und ging teilweise von der Zeit des eigentlichen Fokusgruppeninterviews ab. Nicht zuletzt aus diesem Grund wurde in der Fokusgruppe mit den Psychotherapeut*innen und in der Gruppe der Rettungssanitäter*innen auf die persönliche Vorstellung der Teilnehmer*innen verzichtet.

Im Ethikantrag steht, dass ein formales Einwilligungsschreiben über die Teilnahme und eine Bestätigung über die erhaltene Aufklärung (*informed consent*) durch die Kandidat*innen vor Durchführung des fokussierten Interviews unterzeichnet werden müssen. Die Aufklärung wurde allerdings so gehandhabt, dass sie ausschließlich mündlich gemäß der Vorgabe im Leitfaden durchgeführt wurde. Die Einwilligung zur Verwendung der Daten wurde eingeholt, indem das fertige Transkript an alle Teilnehmer*innen der jeweiligen Gruppen per e-Mail ausgesendet wurde und diese im Nachhinein schriftlich ihr Einverständnis über die Verwendung für das Projekt erteilen mussten, insofern sie sich ausreichend anonymisiert fühlen.

3.4 Auswertung

Dieser Abschnitt beschäftigt sich mit der Auswertung der Daten und umfasst die Transkription, den Hinweis auf die Verwendung von geschlechterinklusive Sprache, eine Darstellung der Thematischen Analyse nach Braun und Clarke (2006), die Umsetzung dieser Thematischen Analyse in der Vorliegenden Arbeit und die Information zur Software, anhand der die Analyse stattfand.

3.4.1 Transkription

Die Videoaufzeichnung der Fokusgruppe wurde direkt nach der Durchführung transkribiert und gelöscht.

Gemäß Braun und Clarke (2006) ist die Transkription bereits ein wichtiger Bestandteil der Thematischen Analyse, insofern sie die Vertrautheit mit dem Datenmaterial erhöht. Im Vergleich zu anderen qualitativen Verfahren, wie beispielsweise der Diskursanalyse, setzt sie zwar keine allzu detaillierte Transkription voraus (Braun & Clarke, 2006), sollte aber zumindest in Verbatimform erfolgen.

Für die vorliegende Arbeit wurde eine inhaltlich-semantische Transkriptionsmethode gewählt. Im Hinblick auf das Forschungsinteresse von ELLIPSE und im Vergleich mit den Ergebnisdarstellungen aus anderen teilnehmenden Ländern ließ sich schließen, dass eher nach dem manifesten, also semantischen Inhalt der Redebeiträge gefragt ist.

Die Regeln für die Transkription wurden aus dem *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (Dresing & Pehl, 2018) entnommen. Es wurde wörtlich transkribiert, die Sprache und Interpunktion deutlich geglättet: Wortverschleifungen wurden an das Schriftdeutsch angenähert; Dialekte ins Hochdeutsch übersetzt; Syntaxfehler wurden beibehalten. Halbsätze ohne Vollendung wurden mit „/“ gekennzeichnet; Pausen ab drei Sekunden durch (...) dargestellt; besonders betonte Wörter in Versalien geschrieben; emotionale nonverbale Äußerungen in Klammern

notiert; die Interviewer*in durch I und die Teilnehmer*innen durch P mit fortlaufender Nummerierung gekennzeichnet; Rezeptions- und Fülllaute wurden transkribiert; nach dem Partikel „hm“ wurde eine Beschreibung der Betonung in Klammern angefügt.

Personenbezogene Daten, die Rückschlüsse auf die Identität der Teilnehmer*innen geben können (Institutionen/ Arbeitsplatz/ Wohnort/ Kontaktpersonen/ Namen von Lehrveranstaltungen) wurden mit X gekennzeichnet.

Durch die Verwendung von MAXQDA 2020 (VERBI Software, 2019) als Software für das Datenmanagement wurde auf Zeilennummerierung bzw. Zeitangaben verzichtet. Stattdessen sind die Äußerungen der einzelnen Teilnehmer*innen im Programm und folglich auch in den Transkripten als eigene Positionen mit durchlaufender Nummerierung (Transkript X, Pos. XX) gekennzeichnet.

3.4.2 Verwendung von geschlechterinklusive Sprache

Die vorliegende Arbeit soll so gut wie möglich den aktuellen Empfehlungen zur geschlechtergerechten und inklusiven Sprache entsprechen. In diesem Sinne wird im Fließtext der Gender-Stern verwendet. Zitate aus den Transkripten werden unverändert wiedergegeben, enthalten aber den Asterisk insofern die Betonung durch die Teilnehmer*innen ihn impliziert. Die Uni Wien schreibt hierzu, dass Geschlechtsangaben vermieden werden sollten, insofern sie nicht nötig sind (Universität Wien, 2019).

Gatekeeper wird als geschlechtsneutraler Begriff für eine Person verstanden, die aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit gehäuft mit Suizid und Suizidalität in Kontakt kommt.

3.4.3 Thematische Analyse nach Braun & Clarke (2006)

Die Auswertung der Transkripte erfolgte anhand der thematischen Analyse nach Braun und Clarke (2006), einer qualitativen Methode innerhalb der Psychologie, die bisher zwar wenig theoretisch definiert ist, aufgrund ihrer Flexibilität und Zugänglichkeit aber häufig genutzt wird. Die Entscheidung durch die Projektleitung für dieses Verfahren wurde maßgeblich davon bestimmt, dass einer der Vorteile darin liegt, dass Forscher*innen hier nur wenig Vorerfahrung benötigen (Braun & Clarke, 2006).

Gemäß der Autor*innen liegt das Ziel dieser Methode im „identifying, analysing and reporting patterns (themes) within data“ (Braun & Clarke, 2006, S. 79), es wird kein theoretischer Rahmen vorausgesetzt. Dazu beschreiben sie eine konkrete Vorgehensweise in sechs Schritten, die in der nachstehenden Tabelle übersetzt zu finden sind. Wichtig dabei ist, dass die sechs Schritte nicht konsekutiv hintereinander abgearbeitet werden, sondern die Analyse als *rekursiver Prozess* verstanden werden soll. Ein Thema ist dabei nicht durch

die quantitative Prävalenz gekennzeichnet, sondern besteht aus Sequenzen bzw. Codes im Text, die etwas Relevantes im Hinblick auf die Forschungsfrage enthalten (Braun & Clarke, 2006).

Abbildung 1

Die sechs Schritte der Thematischen Analyse (modifiziert nach Braun & Clarke, 2006)

Phase	Beschreibung
1. Mit den Daten vertraut machen	Die Daten (wenn nötig) transkribieren, wiederholt lesen, erste Ideen notieren
2. Erste Codes erstellen	Systematisches Codieren interessanter Aspekte, Zusammenfassen von Abschnitten zu jedem Code
3. Themensuche	Zusammenfassen von Codes zu Themen, Sammeln aller Daten die relevant für ein Thema sind
4. Überprüfen der Themen	Prüfen, ob die Themen mit den codierten Abschnitten bzw. dem gesamten Datenset zusammenpassen. Erstellen einer thematischen Karte
5. Definition und Benennen der Themen	Fortlaufende Analyse, um die Kennzeichen der Themen und die gesamte Analyse zu schärfen. Eindeutige Definitionen und Benennung von Themen
6. Den Bericht erstellen	Letzte Möglichkeit zur Analyse. Auswählen von anschaulichen Auszügen und deren finale Analyse, Rückbeziehen der Analyse auf die Forschungsfrage und Literatur, Erstellen eines wissenschaftlichen Berichts der Analyse

Die Art der Anwendung einer thematischen Analyse hängt dabei von mehreren Entscheidungen ab, die im Vorhinein getroffen werden sollen:

Die erste wichtige ist dabei, ob es sich um einen induktiven, also datengesteuerten und explorativen, oder einen deduktiven, sprich theoriegeleiteten, Ansatz handelt. Außerdem kann man Texte entweder hinsichtlich ihres semantischen oder latenten Gehalts analysieren. Braun & Clarke (2006) empfehlen an dieser Stelle, sich für eine der beiden Analyseebenen zu entscheiden. Mit dieser Entscheidung verbunden ist folglich auch die Frage

nach dem vorherrschenden Paradigma der thematischen Analyse: Leitet ein realistisches oder konstruktivistisches Vorgehen die Analyse? Die Autor*innen schreiben hierzu, dass ein realistischer Ansatz sich eher dazu eignet, Motivationen bzw. die Psyche des Individuums zu beleuchten. Er gehe davon aus, dass die Beziehung zwischen Bedeutung bzw. Erfahrung und Sprache unidirektional ist. Die konstruktivistische Perspektive hingegen meint, dass Bedeutung und Erfahrung eher in sozialen Interaktionen produziert werden und sich deshalb besonders dazu eignen, den soziokulturellen Kontext und die strukturellen Bedingungen zu untersuchen, die dazu führen, dass Individuen sich auf eine bestimmte Art äußern. Eine Fokussierung auf latente Themen bringt meistens auch die Entscheidung zur konstruktivistischen Perspektive mit und überschneidet sich an dieser Stelle häufig mit der Diskursanalyse (Braun & Clarke, 2006).

Innerhalb eines Forschungsprojekts gibt es unterschiedliche Fragen, die die thematische Analyse steuern können. So gibt es sowohl die große Forschungsfrage; dann die Fragen aus dem Leitfaden in der Erhebung und die Fragen, die das Codieren bestimmen. Die Autor*innen führen an dieser Stelle explizit an, dass die Übereinstimmung von Leitfadensfragen und anschließend berichteten Themen alles andere als ein Qualitätsmerkmal einer thematischen Analyse ist, weil dies bedeuten würde, dass keinerlei Analyse durch die Forscher*innen stattgefunden habe (Braun & Clarke, 2006, S. 85-86).

3.4.4 Verwendung der Thematischen Analyse in der vorliegenden Arbeit

Da ELLIPSE durch die Projektleitung und auch im Ethikantrag der Medizinischen Universität Wien als *bottom-up Approach* klassifiziert wurde, bemüht sich die vorliegende Arbeit um eine möglichst induktive Herangehensweise an die nachfolgende Analyse. Hierzu schreiben die Autor*innen: „...althouh a more inductive approach would be enhanced by not engaging with literature in the early stages of analysis“ (Braun & Clarke, 2006, S. 86) Entsprechend dieser Empfehlung wurde im Vorhinein fast ausschließlich Literatur zu den Methoden recherchiert, um zunächst die Analyse und eine Beantwortung des Forschungsinteresses durchzuführen. Erst in einem zweiten Schritt erfolgte die theoretische Einbettung dieser Ergebnisse und die Darstellung der sich daraus ergebenden Implikationen.

Es gab also keinen vorher bestimmten Codierrahmen und die Themen wurden, wie bereits unter Punkt **3.4.1 Transkription** dargestellt auf einer semantischen Ebene analysiert. Die Charakteristik des *fokussierten Interviews* legt die Verwendung eines realistischen Paradigmas nahe, in dem Sprache und Erfahrung in unidirektionaler Beziehung stehen. Wie unter Punkt **3.2.4 Gruppendynamik, Fokus und Herausforderungen** beschrieben sollen bei dieser Erhebungsmethode im Vergleich zur Gruppendiskussion nämlich keine habituellen Muster und sozial produzierte Bedeutungen erfasst werden.

3.4.5 Software

Zum Codieren der Transkripte wurde die Software MAXQDA 2020 (VERBI Software, 2019)

4. Fokusgruppe Psychologiestudent*innen

Das zugrundeliegende Transkript befindet sich im Anhang H.

4.1 Beschreibung der Stichprobe

Um diese Gruppe zu erreichen, wurde der Flyer an vier Leiter*innen von Lehrveranstaltungen im Psychologiestudium an der Universität Wien zur Weiterleitung an Studierende versendet. Insgesamt nahmen zum festgelegten Termin sechs Student*innen teil, von denen zum Zeitpunkt der Erhebung vier im Master- und zwei im Bachelorstudium waren.

4.2 Ergebnisse Psychologiestudierende

Im Folgenden werden die Ergebnisse der thematischen Analyse nach Braun und Clarke (2006) für die Fokusgruppe der Psychologiestudent*innen dargestellt. Bezogen auf das Forschungsinteresse lassen sich drei große Themen unterscheiden, die wiederum in Subthemen aufgeteilt sind: 1. *(Un-)Kenntnis im Hinblick auf Suizid und Suizidprävention*; 2. *Erfahrungen mit Suizid und Suizidalität*; und 3. *Tools*.

Abbildung 2

*Themen und codierte Segmente Psychologiestudent*innen*

Thema	Anzahl codierte Segmente
1. (Un-) Kenntnis im Hinblick auf Suizid und Suizidprävention	58
1.1 Allgemeine (Un-) Kenntnis	6
1.2 Suizidalität erkennen	4
1.3 Gesprächsführung mit Angehörigen	6
1.4 Gesprächsführung mit Betroffenen	14
1.5 Was sollte im Gespräch mit Betroffenen vermieden werden?	5
1.6 Rechtlicher Rahmen	5
1.7 Ätiologie Suizid	3

1.8 Institutionelle Infrastruktur	7
1.9 Rollendiffusion	8
2. Erfahrungen mit Suizid und Suizidalität	19
2.1 Kontakt mit Suizid und Suizidalität	7
2.2. Fantasien und Emotionen im Hinblick auf das Thema	12
3. Tools	16
3.1 Suizidabklärung	1
3.2 Erste-Hilfe	6
3.3 Infomaterial	1
3.4 Psychohygiene	4
3.5 Rollenspiele	4
Codierte Segmente gesamt	93

1. (Un-)Kenntnis im Hinblick auf Suizid und Suizidprävention

Dieser Abschnitt beschäftigt sich mit dem bisherigen Kenntnisstand der Psychologiestudierenden im Hinblick auf Suizid bzw. Suizidprävention. Kenntnis bzw. Unkenntnis bezieht sich auf die Bereiche *Allgemeine (Un-)Kenntnis*; *Suizidalität erkennen*; *Gesprächsführung mit Angehörigen*; *Gesprächsführung mit Betroffenen*; *Was sollte im Gespräch mit Betroffenen vermieden werden?*; *Rechtlicher Rahmen*; *Ursache von Suizid bzw. Suizidalität*; *Institutionelle Infrastruktur und Rollendiffusion*

1.1 Allgemeine (Un-) Kenntnis. Vier Teilnehmer*innen geben an, dass das Thema Suizid/Suizidalität und der Umgang damit im Studium generell bisher nicht bearbeitet wurden. „Aber wie man eben damit richtig umgeht, weiß ich halt nicht. Weil es auch irgendwie im Studium noch gar nicht so thematisiert wurde“ (Transkript Psychologiestudent*innen, Pos. 10), sagt ein*e Teilnehmer*in. Zwei Teilnehmer*innen äußern Vermutungen über Geschlechtsunterschiede, wobei eine*r überlegt:

Also, das Einzige, was ich über die Geschlechtsunterschiede weiß ist, dass Männer ja meistens zu härteren Mitteln greifen und deswegen ihre Erfolgschance höher ist, sich wirklich umzubringen. und deshalb sind bei Frauen die Suizidzahlen geringer, obwohl sie es glaube ich genauso häufig versuchen. Und Frauen ja auch häufiger die Diagnose einer Depression bekommen, was dann eben auf den ersten Blick paradox erscheint. (Transkript Psychologiestudent*innen, Pos. 43)

Eine weitere Fantasie der Teilnehmer*innen ist es, dass das therapeutische Setting besonders für Männer einen sicheren Rahmen bieten könnte, über ihre Suizidalität zu reden:

Man kann es ja so als Schwäche empfinden, wenn man suizidal ist. Und ich denke, Männer haben mehr ein Problem damit so ganz direkt darüber zu sprechen. Vielleicht ist es in dem therapeutischen Kontext aber dann schon wieder außer Kraft gesetzt. (Transkript Psychologiestudent*innen, Pos. 47)

1.2 Suizidalität erkennen. Drei Teilnehmer*innen führen an, dass sie gerne wissen würden, wie man Suizidalität bzw. eine Gefährdung erkennt. So meint ein*e Teilnehmer*in „...wie merkt man, dass eine Person überhaupt suizidal ist oder sein könnte. Ich glaube, das ist eine der schwierigsten Sachen, weil wenn man das natürlich genau wüsste, oder genau definieren kann vorher, wäre schon einmal sehr viel geschafft irgendwie ja?“ (Transkript Psychologiestudent*innen, Position 34) Es wird vorgeschlagen, hierzu einen theoretischen Input (z.B. präsuizidales Syndrom: Transkript Psychologiestudent*innen, Position 34-38) zu bekommen.

1.3 Gesprächsführung mit Angehörigen. Auch die Gesprächsführung mit Angehörigen ist ein Thema. Als Ansprechperson verfügbar zu sein, nicht zu bagatellisieren, Hoffnung vermitteln und keine Schuld zusprechen sind Überlegungen hierzu (Transkript Psychologiestudent*innen, Position 67). Psychoedukation wird als Interventionsmöglichkeit in der Angehörigenbetreuung angedacht:

Also ich würde eher das Chemische, das Neurologische auch erklären, Wie es bei Menschen auch dazu kommt, dass sie Depressionen oder Suizidgedanken bekommen. Weil ich glaube, dadurch ist es auch unterschwelliger. Die Übermittlung, dass man die bekommt, dass man keine Schuld hat, weil es halt einfach was Neurologisches ist, wo man als Außenstehender keine Verantwortung dafür hat auch. Nicht so auf das Emotionale, eher faktisch. (Transkript Psychologiestudent*innen, Pos. 77)

1.4 Gesprächsführung mit Betroffenen. Zum Thema der Gesprächsführung mit Betroffenen führen drei Teilnehmer*innen an, es wäre wichtig zu wissen, wie man Suizidalität ansprechen soll, wenn die potenziell gefährdete Person von sich aus kein Gespräch sucht. Ein*e Teilnehmer*in:

Gut fände ich auch quasi, wenn man da/ Also wenn man es dann anspricht, wo, also wie man es anspricht. Also ich glaube auch, dass man auch einfach nicht genau weiß, was sind die richtigen Worte oder die richtigen Sätze. (Transkript Psychologiestudent*innen, Pos. 17)

Um im Kontakt mit Betroffenen sicherer zu werden und einen *empathischen* und *wertfreien Rahmen* zu schaffen, in der das Gegenüber *ehrlich antwortet*, schlagen drei Teilnehmer*innen eine Übung zur Gesprächsführung vor. Ein entsprechendes Seminar aus dem Bachelorstudium wird dabei mehrfach erwähnt: „Also ich habe auch Gesprächsführung gemacht und wir haben so Rollenspiele gemacht. Und ich fand das auch WIRKLICH eines der hilfreichsten Seminare und finde es wirklich schade, dass es nicht mal verpflichtend ist, Gesprächsführung zu nehmen“ (Transkript Psychologiestudent*innen, Pos. 95).

Den Studierenden fällt es schwer einzuschätzen, welche *konkreten Sätze* im Kontakt mit gefährdeten Personen adäquat, was die *richtigen Worte* sind und zwei wünschen sich *Floskeln*, die man verwenden kann. Wichtig finden sie außerdem, dass man gut zuhören kann und mit einer *Haltung des Nichtwissens* ins Gespräch geht.

1.5 Was sollte im Gespräch mit Betroffenen vermieden werden? Auch was im Gespräch mit Betroffenen vermieden werden sollte ist Thema. So wird von drei Teilnehmer*innen überlegt, dass man darauf verzichten sollte, den Betroffenen etwas zu suggerieren oder eigene *Zusatzannahmen* einzubringen: „Ja, also das ist ein wichtiger Punkt, dass man schaut, dass man nicht die eigenen Mutmaßungen quasi gleich reinbringt“ (Transkript Psychologiestudent*innen, Pos.99).

Zu bagatellisieren und auf eigene Erfahrungen zu referenzieren wird ebenso als kontraproduktiv erachtet.

1.6 Rechtlicher Rahmen. Im Hinblick auf den rechtlichen Rahmen im Kontext Suizid fällt einer Student*in die Suizidabklärung als Berufspflicht ein.

Was die Schweigepflicht angeht, gibt es eine Unsicherheit: „Ja, ich glaube das ist ein Fall, wo man diese psychologische Schweigepflicht ähm verletzen darf, tatsächlich. Aber davor muss man eben diese Suizidabklärung machen, oder?“ (Transkript Psychologiestudent*innen Pos. 55).

Auch wann ein Zwangskontext, mit Hinzuziehen der Polizei, eingeleitet werden darf und der Zusammenhang mit Einschätzung der Selbst- und Fremdgefährdung sind hier noch unklar:

Ist es sicher so, dass man die nicht dazu zwingen darf? Weil ich dachte, sobald es Selbst- oder Fremdgefährdung ist, darf man schon gewisse Schritte einleiten. Aber ich kenne mich da ehrlich gesagt nicht aus, deshalb formuliere ich das jetzt als Frage. (Transkript Psychologiestudent*innen Pos. 53)

Um die Unsicherheit dahingehend zu mindern, wünscht sich ein*e Teilnehmer*in, die rechtlichen Rahmenbedingungen zu kennen (Transkript Psychologiestudent*innen, Pos. 82).

1.7 Ätiologie Suizidalität. Zwar wird nicht explizit über die Ursachen von Suizidalität gesprochen, aber indirekt werden von drei Studierenden als mögliche Ursachen Depression, Angst- und Panikstörungen eingeführt. So überlegt ein*e Teilnehmer*in auf die Frage, wieso sie an der Fokusgruppe teilnimmt:

Also ich habe jetzt auch keinen direkten Bezug zu jetzt wirklich zu einer Person, die sich suizidiert hätte. Aber ich habe Kontakt zu mehreren Leuten. Ich habe mehrere Leute im Freundeskreis, die lange und teilweise immer noch an Depressionen gelitten haben. (Transkript Psychologiestudent*innen, Pos. 4)

1.8 Institutionelle Infrastruktur. Als weiteres Thema lässt sich die mangelhafte Kenntnis zur institutionellen Infrastruktur, sprich zu den Versorgungs- und Anbindungsmöglichkeiten identifizieren. Drei Teilnehmer*innen geben an, sie wüssten nicht, wohin sie eine suizidale Person genau schicken sollten, bzw. welche Hilfen es konkret gibt: „Aber was man mit Leuten wirklich macht, die äh volljährig sind, weiß ich nicht. Man kann sie nicht zwingen. Deswegen wüsste ich da eigentlich gar nicht, was die erste Anlaufstelle wäre“ (Transkript Psychologiestudent*innen, Pos. 51).

Als Möglichkeit werden Ambulanz, Krisenintervention oder *Rat auf Draht* überlegt. Gleichzeitig wäre es:

...auch wichtig, dass man selber weiß, also vor allem, wenn man noch nicht komplett ausgebildet ist, wohin man die Leute, bei denen man jetzt weiß, dass sie suizidal sind, wohin man die schicken kann. Also wie man die weitervermittelt und was für Hilfen es eigentlich gibt. (Transkript Psychologiestudent*innen, Pos. 26)

1.9 Rollendiffusion. Im Gespräch mit den Psychologiestudent*innen scheint die Frage danach, welche berufliche Rolle man in Zukunft durch das Studium einnehmen können wird, ein präsentes Thema. So reden die Student*innen immer wieder von sich als Psychotherapeut*innen und nicht als Psycholog*innen: „Aber da hat man als Psychotherapeut dann auch eine gewisse Verantwortung und das finde ich auch besonders schwierig, dass man auch allgemein als Psychotherapeut, dass es gesetzlich ja, aber menschlich nur bis zu gewissen Grad verantwortlich ist“ (Transkript Psychologiestudent*innen, Pos. 33).

2. Erfahrungen mit Suizid bzw. Suizidalität

In diesem Teil der Ergebnisse geht es um die Erfahrungen, die Psychologiestudierende bereits im Kontext Suizid und Suizidalität gemacht haben. Einerseits durch *Kontakt mit Suizid und Suizidalität* und andererseits durch persönliche *Fantasien und Emotionen im Hinblick auf das Thema*.

2.1 Kontakt mit Suizid und Suizidalität. Kontakt mit Suizidalität hatten bereits fünf Teilnehmer*innen durch ihren privaten *weiteren Umkreis*, ein Praktikum oder eine zufällige Beobachtung. Zwei Teilnehmer*innen geben explizit an, keinen vollzogenen Suizid im Umfeld miterlebt zu haben: „Also ich habe selbst noch keine direkten Erfahrungen mit Suizid und auch nicht direkt, ganz unmittelbar, also nicht in meinem nahen Umfeld mit Personen, die sich suizidiert hätten“ (Transkript Psychologiestudent*innen, Pos. 2).

Ein*e Teilnehmer*in gibt an, Suizidalität persönlich erlebt zu haben: „Und ich habe selber auch Erfahrung in die Richtung...“ (Transkript Psychologiestudent*innen, Pos. 4).

2.2 Fantasien und Emotionen im Hinblick auf das Thema. Ein weiteres Thema innerhalb der Erfahrungen der Teilnehmer*innen sind Fantasien und Emotionen rund um Suizid bzw. Suizidalität. Angst und Unsicherheit sind Gefühle, die bei vier Teilnehmer*innen auftauchen. Angst davor „...was falsch zu machen oder zu sagen“ (Transkript Psychologiestudent*innen, Pos. 12) oder wie bei einer studierenden Person, die sagt „Das ist/ Einerseits kann das nervös machen, ja? Oder irgendwie beunruhigend sein, wenn man weiß, okay da haben meine Worte jetzt wirklich schon Gewicht“ (Transkript Psychologiestudent*innen, Pos. 99).

Außerdem wird Suizid bzw. Suizidalität von vier Student*innen in der Gruppe als etwas Überwältigendes - als *komplex, erschlagend und kompliziert* - empfunden. In der Feedbackrunde am Schluss gibt ein*e Teilnehmer*in beispielsweise an: „Oder alle so auf Distanz bisschen, aber sich jeder so ein bisschen überfordert fühlt. Und ich war auch ein bisschen ERSCHLAGEN von der Komplexität“ (Pos. 109). Sogar der Terminus *evolutionär* fällt in diesem Zusammenhang:

Also und da müssen Sie mich korrigiere, wenn ich falsch liege, aber ich glaube, ab einem gewissen Grad von Hoffnungslosigkeit nicht mehr so weite Unterschiede zwischen den Menschen gibt. Also ich glaub dann ist es ein ganz, ganz starkes Erscheinungsbild. Von wegen Verzweiflung, ja? Und ich glaube, das ist evolutionär fast mehr oder weniger dasselbe. (Pos. 34)

3. Tools

In diesem Abschnitt befinden sich unter dem Begriff *Tools* konkrete Vorschläge für Instrumente zur Vermittlung von Inhalten zum besseren Umgang mit Suizidalität bzw. Suizid und zur Suizidprävention. Es ergeben sich *Suizidabklärung; Erste-Hilfe; Infomaterial; Psychohygiene* und *Rollenspiele*.

3.1 Suizidabklärung. Als mögliches Instrument, um eine Risikoeinschätzung vorzunehmen, führt ein*e Teilnehmer*in die Suizidabklärung an:

ähm, das sind so mehrere Fragen, mit denen man das so ein bisschen, so feststellen kann, wie hoch die Gefährdung ist. Und ähm das sind so Fragen wie „Gibt es Fälle in der Familie?“, weil ähm wenn sich Familienmitglieder oder Bekannte suizidiert haben, dann ist das Risiko generell höher. ähm dann gibt es immer so Fragen über den Zeitraum, also die letzten zwei Wochen. ähm und so was, ob schon mal die Person, schon mal versucht hat, sich zu suizidieren. ähm eigentlich, ja. (Transkript Psychologiestudent*innen, Pos 57)

3.2 Erste-Hilfe. In Anlehnung an die Erste-Hilfe-Kurse zur Versorgung physischer Gebrechen, schlagen drei Teilnehmer*innen ein Äquivalent für Suizidalität vor. Dieser Kurs solle *grundlegend bleiben, nicht zu viel Information* enthalten. „Und ja, einfach so die ersten drei Schritte, die man machen sollte, wie bei Erste Hilfe die stabile Seitenlage, an denen man sich konkret orientieren kann. Hauptsache man macht mal was.“ (Transkript Psychologiestudent*innen, Pos. 109)

3.3 Infomaterial. Ein*e Teilnehmer*in überlegt, ob es bereits Infomaterial für Studierende gibt, das in Form von Broschüren ausliegt. Sie fügt hinzu, so etwas „...wäre vielleicht ganz gut.“ (Transkript Psychologiestudent*innen, Pos. 90)

3.4 Psychohygiene. „Das richtige Maß an Abgrenzung vielleicht zu finden“ (Transkript Psychologiestudent*innen, Pos. 30), also dass man „...menschlich nur bis zu einem gewissen Grad verantwortlich ist“ (Transkript Psychologiestudent*innen, Pos. 33) finden zwei Teilnehmer*innen wichtig. Als gute Möglichkeiten, dies umzusetzen werden Supervision aber auch Intervention genannt:

...ich finde es ist immer wichtig, sich im Team auszutauschen oder das Wissen zu haben, sich im Team austauschen zu können. Weil ich glaube, das kann einem extrem viel Halt geben und man lernt ja auch selber viel dadurch. Also wenn ich eine Supervision habe mit Leuten, die das auch schon länger machen und die vielleicht schon ähnliche Fälle hatten, ich glaube, dass man auf jeden Fall einfach diesen Austausch ähm einander schon ziemlich viel mitgibt für die Arbeit mit Klienten. (Transkript Psychologiestudent*innen, Pos. 86)

3.5 Rollenspiele. Interaktion und das Ausprobieren mit anderen, also anwendungsbezogene Inhalte, werden von dreien der Teilnehmer*innen gewünscht.

Ja, dass man irgendwie so testen kann, wie fühlt sich das jetzt auch an, verschiedene Sachen zu sagen. Und ähm selbst auszuprobieren. Und ich denke, dann merkt man es sich einfacher oder geht dann mehr über, dass man es wirklich versteht. (Transkript Psychologiestudent*innen, Pos. 103)

Was Interaktion gleichzeitig eröffnet ist allerdings nicht nur die Wahrnehmung der eigenen Position, sondern auch das Feedback vom Gegenüber:

...ähm und beim Rollenspiel habe ich mir eigentlich gedacht, dass es ganz cool wäre, wenn man es so interaktiv gestalten könnte? Wenn ähm man immer so Antworten geben kann? Und dann so Antworten eingeblendet werden können. Vom Klienten so ein Kommentar, wieso die Antwort, die man gerade gegeben gut war. Oder wie eine Black Story und je nachdem, welche Antworten man gibt das Gespräch früher oder später endet? Das fände ich eigentlich ganz witzig. (Transkript Psychologiestudent*innen, Pos. 105)

4.3 Beantwortung des Forschungsinteresses

Ziel der vorliegenden Thematischen Analyse ist es Haltung, Wissen, Fähigkeiten und Bedürfnisse von Psychologiestudent*innen zu Suizid bzw. Suizidalität zu erfassen, um daraus Inhalte für ein berufsgruppenspezifisches e-Learning Programm zu generieren.

Ausgehend von den Ergebnissen lässt sich ableiten, dass alle Psychologiestudent*innen bereits in irgendeiner Art persönlichen Kontakt oder Erfahrungen mit Suizid bzw. Suizidalität gemacht haben. Beides wird allerdings als etwas Überwältigendes und Komplexes erlebt, es gibt die Annahme etwas falsch machen zu können. Unsicherheit und Angst sind begleitende Gefühle.

(Un-) Kenntnis im Hinblick auf Suizid und Suizidprävention ist dementsprechend eines der Themen, die sich identifizieren lassen. Die teilnehmenden Student*innen führen aus, dass Inhalte zu Suizid bzw. Suizidalität wie auch Suizidprävention an sich im Studium nur wenig Platz finden und kaum bearbeitet werden. Daraus ergibt sich ein Bedürfnis, Inhalte und Theorien darüber vermittelt zu bekommen, wie man beispielsweise Suizidalität erkennt, Gespräche sowohl mit Angehörigen aber auch mit Betroffenen führt. Besonders die Fragen, wie man eine vermeintlich betroffene Person ansprechen und wie ein solches Gespräch kontextualisiert und gestaltet werden kann (was besser vermieden werden soll) sind interessierende Aspekte. Auch zum rechtlichen Rahmen und möglichen Anlaufstellen innerhalb der regionalen bzw. nationalen Versorgungsstruktur verfügen die Student*innen über wenig Wissen. So wird zwar vermutet, dass man beruflich zu einer Suizidabklärung verpflichtet sei, über das Prozedere eines möglichen Zwangskontexts oder aber die Regelungen hinsichtlich der Schweigepflicht besteht nur wenig fundierte Kenntnis. Durch das Heranziehen von Diagnosen, wie beispielsweise der Depression, kann über Ätiologie und Pathogenese von Suizid bzw. Suizidalität nachgedacht werden.

In allen bisher genannten Bereichen beschreiben die Student*innen ihr Know-How als unzureichend und äußern ihr Bedürfnis nach tieferem Wissen und Verstehen. Die Gestaltung eines e-Learning Programms für Psychologiestudent*innen könnte sich inhaltlich also auf diese Bereiche fokussieren, somit wäre das *Was* eines e-Learning Programmes abgedeckt.

Das *Wie*, also mithilfe welcher Instrumente in den Augen der Student*innen ein guter Umgang mit den Themen Suizidalität bzw. Suizid, gefördert werden könnte, finden sich unter dem Thema Tools. Student*innen schlagen einen Erste-Hilfe-Kurs oder Infomaterial vor, um Inhalte prägnant und grundlegend zu vermitteln. Auch das Bedürfnis nach einem Instrument zur Risikobeurteilung - hier beschrieben als *Suizidabklärung* - wird genannt. Besonders hervorgehoben werden interaktive Elemente: Psychohygienische Maßnahmen wie Super- und Intervision, aber auch Rollenspiele, um Gesprächsführung üben zu können. Ein e-Learning sollte dieses Bedürfnis nach Austausch, Kommunikation aber auch Selbsterprobung unbedingt berücksichtigen.

4.4 Interpretation und Einbettung in den theoretischen Hintergrund

Die Ergebnisse aus der Analyse der Fokusgruppe mit den Psychologiestudierenden lassen sich gut in den bisherigen Forschungsstand einordnen, der besagt, dass Gatekeeper sich nicht ausreichend auf den Umgang mit Suizid und Suizidalität vorbereitet fühlen und das Thema in den Ausbildungscurricula von Schlüsselberufen nicht (verpflichtend) behandelt wird (Kullberg et al., 2020). Neben dem Bedürfnis nach theoretischem Input zu Suizid,

rechtlichen Rahmenbedingungen, der Versorgungsstruktur, etc. wird außerdem der Wunsch nach Kompetenzerwerb in der Risikoeinschätzung wie auch in der Gesprächsführung evident. Die Äußerung dieser Bedürfnisse entspricht den allgemein formulierten Zielen von Gatekeeperschulungen in der Suizidprävention, die im Allgemeinen unter den Begriffen *Identifikation, Management und Behandlung* (Albright et al., 2016; Gryglewicz et al., 2017; O'Brien et al., 2019; World Health Organisation, 2014, Rein et al., 2018) zusammengefasst werden. Dass die Student*innen das Bedürfnis nach Kompetenzerwerb in der Gesprächsführung mit Angehörigen als eigenständigen Punkt mehrmals erwähnen, lässt den Rückschluss zu, dass sie zumindest insofern Vorkenntnis haben, als sie einschätzen können, welche Folgen psychische Erkrankungen auch auf das Umfeld von Betroffenen haben.

Über diese Elemente hinaus, die bisher in e-Learning Programme zu Studienzwecken für Gatekeeper integriert wurden, formuliert die Gruppe aber auch das Bedürfnis nach Psychohygiene in Form von Intervention und Supervision und erachtet selbige als wichtige Grundlage für professionelles Arbeiten. Damit gehen die Ergebnisse dieser Fokusgruppe über den bisherigen Forschungsstand hinaus, der sich ausschließlich auf das Know-How und die Kompetenz, weniger aber über die psychischen Voraussetzungen der Gatekeeper konzentriert.

Dass anhand von Diagnosen wie beispielsweise Depression über Suizid nachgedacht werden kann, lässt vermuten, dass durch das Studium eine Vertrautheit mit den Klassifikationssystemen ICD-10 (World Health Organisation, o.J.) und DSM-5 (American Psychiatric Association, 2018) vermittelt wird.

Der Wunsch nach interaktiven Elementen in Form von Rollenspielen zur Gesprächsführung wird besonders bei Berücksichtigung der Ausbildungsstruktur von Psychologiestudent*innen verständlich: Durch den Aufbau des Curriculums ist ein (klinischer) Praxisbezug an der Universität Wien nur im Umfang von 10 ECTS Punkten, also 240 Stunden, im Mastercurriculum verpflichtend (Universität Wien, 2020), Übungen zur Gesprächsführung oder spezifische psychotherapeutische Seminare sind Wahlmöglichkeiten. Die Möglichkeit, das erlernte Wissen also in die Praxis zu transferieren und somit Selbstwirksamkeitserleben zu generieren, ist für diese Gatekeeper anhand der formellen Ausbildung ganz klar nicht in ausreichendem Umfang vorhanden (Kene et al., 2019). Diese Tatsache spiegelt sich auch im expliziten Bedürfnis nach Feedback zur Gesprächsführungskompetenz, das gleichzeitig aber auch wieder ein Hinweis auf die Unsicherheit im Umgang mit den Themen Suizidalität und Suizid und dementsprechend als Versuch einer Rückversicherung oder Bestärkung oder Absicherung verstanden werden kann.

Was sich zudem feststellen lässt, ist eine gewisse Rollendiffusion unter den Psychologiestudent*innen, die von sich immer wieder bereits als Psychotherapeut*innen reden.

Eine Erklärung hierfür ist, dass das Psychologiestudium in Österreich keine berufsspezifische Ausbildung zur Psychotherapeut*in oder klinischen Psycholog*in ist, sondern vielmehr einen breiten Zugang zu einem heterogenen Tätigkeitsfeld öffnet. Genauso heterogen wie eben dieses künftige Berufsfeld aufgebaut ist, sind wahrscheinlich auch die Interessen und Grundkenntnisse aller Psychologiestudierenden. Mehrere öffentlichen Universitäten begegnen dieser Tatsache mit unterschiedlichen Schwerpunkten in den Master-Curricula, die sich zumeist in die Bereiche *Klinische Psychologie & Gesundheitspsychologie*; *Arbeit & Wirtschaft*; *Bildung & Evaluation* und *Forschungsmethoden* gliedern. Ein e-Learning, das für alle Psychologiestudent*innen angeboten werden soll, muss sich dieser Herausforderung in der Heterogenität des Grundwissens aber auch des künftigen Rollenverständnisses, das auch Auswirkungen/ einen Einfluss auf die empfundenen Verantwortungsbereiche hat, stellen.

Der Wunsch nach einem Erste-Hilfe-Kurs, der grundlegende Kenntnisse und Fähigkeiten vermitteln soll, lässt sich insofern er als kleinster gemeinsamer Nenner verstanden wird, somit gut in diese Argumentationskette einbetten, legt aber gleichzeitig die Interpretation nahe, dass sich darin die Angst vor der Komplexität des Themas und Überforderung spiegelt.

4.5 Limitationen und Ausblick

Wie bereits erwähnt sind die vorliegenden Ergebnisse nur sehr eingeschränkt repräsentativ, um allgemeine Aussagen über Haltung, Wissen, Fähigkeiten und Bedürfnisse von österreichischen Psychologiestudent*innen zu treffen. Das liegt zum einen daran, dass die Erhebung nur mit Student*innen der Universität Wien stattgefunden hat und keine Kenntnis darüber vermittelt werden kann, ob und wie das Thema Suizid bzw. Suizidalität in den Curricula von anderen Universitäten implementiert ist.

Zum anderen kann man davon ausgehen, dass bei den Teilnehmer*innen, die sich freiwillig gemeldet haben, auch im Vorhinein schon ein inhaltliches Interesse an klinischen Themen besteht, was vermuten lässt, dass das Vorwissen höher sein könnte als in der Gesamtpopulation der Psychologiestudierenden in Österreich. Ein Hinweis für die Korrektheit dieser Annahme ist die bereits genannte Rollendiffusion und die damit einhergehende Tatsache, dass die Student*innen von sich als *Psychotherapeut*innen* reden.

Um eine umfassendere Aussage über österreichische Psychologiestudent*innen treffen zu können, die die Grundlage für ein e-Learning abbilden, müssten zumindest auch an anderen Universitäten Fokusgruppen erhoben werden. Je nachdem wie das Design des e-Learnings ausgerichtet wäre, wäre es nämlich wichtig entweder beim kleinsten gemeinsamen Nenner zu starten. Es sei denn das e-Learning Programm wäre adaptiv. Interessant wäre auch, ergänzend und vor dem Hintergrund des Mixed-Method Designs von ELLIPSE

die Curricula der einzelnen Fakultäten hinzuzuziehen, um diese erstens miteinander zu vergleichen und zweitens darüber hinaus zu prüfen, ob der berichtete Mangel an vermittelten Kenntnissen sich tatsächlich im Curriculum abbildet oder auf das Empfinden der Psychologiestudent*innen zurückzuführen ist, das durch die Komplexität des Themas und den Gefühlen, die es hervorruft bestimmt ist. Letzteres würde implizieren, dass die bloße Vermittlung von Know-How oder Gesprächsführungsübungen nicht ausreicht, um die Gatekeeper nach deren persönlichem Empfinden adäquat auf den Umgang mit suizidalen Personen und Suizid vorzubereiten.

Wie bereits erwähnt führen die Student*innen hier das Thema Psychohygiene in Form von Supervision und Intervention ein, das in bisherigen e-Learning Programmen zur Suizidprävention bei Gatekeepern nicht vorkam. Das mag vielleicht daran liegen, dass beides nicht als *Bildungsinhalt* im klassischen Sinne verstanden wird. Dennoch sollte es unbedingt in künftige Designs implementiert werden, denn es deutet darauf hin, dass eben nicht nur Know-How sondern auch innerpsychische Prozesse für einen professionellen Umgang mit Suizid und Suizidalität verantwortlich sind.

5. Fokusgruppe Psychotherapeut*innen

Das zugrundeliegende Transkript befindet sich im Anhang I.

5.1 Beschreibung der Stichprobe

Der Flyer wurde über zwei Wochen hinweg viermal in der Gruppe *Psychotherapeut_innen in Ausbildung Ö – ponto (2020)* auf Facebook gepostet, in der sowohl Psychotherapeut*innen in Ausbildung unter Supervision als auch eingetragene Psychotherapeut*innen zu finden sind. Nach kurzfristiger Absage nahmen nur 3 Therapeut*innen zum abgestimmten Termin teil, von denen zwei in Ausbildung unter Supervision arbeiten und eine bereits eingetragene Therapeut*in ist. Die geringe Teilnehmer*innenanzahl stellt eine Limitation dar.

5.2 Ergebnisse Psychotherapeut*innen

Themen, die sich im Hinblick auf das Forschungsinteresse aus der Fokusgruppe mit den Psychotherapeut*innen ergeben sind 1. *Bedürfnisse*, 2. *Implikationen von Suizidversuchen bzw. Suizidalität auf die Therapie* und 3. *Tools*.

Abbildung 3

Themen und codierte Segmente Psychotherapeut*innen

Thema	Anzahl codierte Segmente
1. Bedürfnisse	38
1.1 Psychohygiene	17
1.2 Allgemeines Wissen zu Suizidalität bzw. Suizid	21
2. Implikationen von Suizidalität bzw. Suizid auf die Therapie	18
2.1 Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung/Therapie (terminologisch nochmal klären)	11
2.2 Wie versteht Therapeut*in Suizidalität bzw. Suizidversuche?	3
2.3 Behandlungsaussichten	4
3. Tools	9
3.1 Non-Suizid-Verträge	2
3.2 Dokumentationsstandards	1
3.3 Erste-Hilfe-Kurs	2
3.4 Interaktion	4
Codierte Segmente gesamt	65

1. Bedürfnisse

Die Bedürfnisse von Psychotherapeut*innen im Umgang mit Suizidalität und Suizid werden in diesem Abschnitt in zwei Subthemen besprochen: *Psychohygiene* und *Allgemeines Wissen*.

1.1 Psychohygiene. In diesem Abschnitt geht es um die eigenen Gefühle von Therapeut*innen im Kontakt mit suizidalen Patient*innen und die Bedürfnisse, sich selbst abzugrenzen und zu schützen. Das Thema Suizidalität und der potenzielle Suizid von Patient*innen sind mit Angst und Unsicherheit seitens der Teilnehmer*innen verbunden. So

sagt ein*e Therapeut*in: „Mein schlimmster Horror, Suizidversuch in aufrechter Betreuung, ja“ (Transkript Psychotherapeut*innen, Pos. 3).

Ein*e andere*r Teilnehmer*in überlegt dazu: „Also auch ähm was macht mir Angst an dem Thema? Sind es eigene suizidale Anteile, die ich habe und stehe ich dazu?“ (Transkript Psychotherapeut*innen, Pos. 15).

Aber auch die Frage nach der Verantwortung ist eine besondere Herausforderung und verlangt deshalb nach persönlicher Abgrenzung. Eine Möglichkeit scheint die Akzeptanz dem gegenüber, dass man als Psychotherapeut*in vielleicht nicht helfen kann:

Also die Frage wie kann ich helfen bedeutet für mich gleichzeitig auch mit das Akzeptieren, dass es sein könnte, dass ich nicht helfen kann. Also ich bin von vornherein auch sehr mit meinen Grenzen konfrontiert und versuche das mit einzubeziehen. Ich kann anbieten, was ich kann und gleichzeitig könnte es trotzdem sein, dass es nicht erfolgreich ist. Also mir persönlich hilft es einfach da über eine übersteigerte Illusion vom Helfersein ähm, also da nicht in eine Falle zu tappen sozusagen. Für mich ist das auch wichtig, das den Klienten zu sagen, dass ich die Unterstützung bin und dass es dennoch deren eigene Verantwortung ist, was sie letztlich mit ihrem Leben machen. (Transkript Psychotherapeut*innen, Pos. 15)

Auch zu wissen, wann Psychotherapie als Methode ihre *Grenzen* hat, ist in diesem Zusammenhang relevant: „Die Grenze wäre für mich eher erreicht, wenn ich wüsste, da ist jemand akut suizidal und ich wüsste, da muss ich mich jetzt an einen institutionellen Rahmen vielleicht auch wenden, weil da die Psychotherapie als Methode die Grenze hat“ (Transkript Psychotherapeut*innen, Pos. 19).

Sowohl Intervention als auch Supervision werden hier als entlastend erlebt. Wobei diese nicht immer zeitnah bzw. in entsprechender Frequenz verfügbar ist. Ein*e Teilnehmer*in, die mit dem Suizidversuch durch eine*n Patient*in konfrontiert war, beklagt: „Ich habe dann Supervision gehabt. Leider nicht in hoher Frequenz und auch zeitverzögert“ (Transkript Psychotherapeut*innen, Pos. 26).

1.2 Allgemeines Wissen zu Suizidalität bzw. Suizid. Unter diesem Punkt werden Inhalte zusammengefasst, die die Teilnehmer*innen als wissenswert erachten im Umgang mit Suizidalität und Suizid.

Ein*e Teilnehmer*in äußert den Wunsch nach einem theoretischen oder rechtlichen Input (Transkript Psychotherapeut*innen, Pos. 29).

Außerdem sprechen zwei Teilnehmer*innen an, dass es hilfreich wäre, ein standardisiertes Verfahren bei akuter Suizidalität zu haben, etwas *Konkretes* „...an dem man sich auch in der eigenen Praxis festhalten kann“ (Transkript Psychotherapeut*innen, Pos.30) - vor allem im Hinblick auf die Überlegung, wann man Dritte einschalten muss.

Auch die Frage danach, wie man Suizidalität überhaupt erkennt, beschäftigt zwei Therapeut*innen. Eine wünscht sich konkreten Input: „Das präsuizidale Syndrom ähm das heißt so, von Ringel? Die Grundlagen, wie schaut das aus? Woran könnte ich das erken-

nen? Was sind die Signale?“ (Transkript Psychotherapeut*innen, Pos. 15). Die Person berichtet vom Suizidversuch durch eine*n Patient*in, dem voraus sie keine Gefährdung identifizieren konnte: „Da finde ich, da braucht es das Wissen, eben, dass es, auch wenn die Stimmung gut ist, dass es vielleicht auch dann gefährlich werden kann“ (Transkript Psychotherapeut*innen, Pos. 3).

Alle drei Psychotherapeut*innen sind sich einig, dass es neben dem spezifischen Handwerk beim Thema Suizid einen schulenübergreifenden Input geben sollte:

Und in der Krisenintervention habe ich gemerkt, dass es nicht schulenspezifisch ist, das Arbeiten. Sondern dass es da/ Da gibt es allgemein so Kriseninterventionsstrategien, die fachübergreifend sind ähm und (...) meine Erfahrung ist, um jemandem tatsächlich in einer akuten Krise helfen zu können, reicht eine Psychotherapiestunde regulär nicht aus. (Transkript Psychotherapeut*innen, Pos. 15)

2. Implikationen von Suizidversuchen bzw. Suizidalität für die Therapie

Welche Auswirkungen haben Suizidalität bzw. Suizidversuche auf die Therapie? Dieses Thema wird anhand der Punkte *Auswirkungen der Suizidalität auf die therapeutische Beziehung*; *Wie versteht Therapeut*in die Suizidalität bzw. Suizidversuche?* und *Behandlungsaussichten zusammengefasst*.

2.1 Auswirkungen von Suizidalität auf die therapeutische Beziehung. Was bereits beim Thema Bedürfnisse im Sinne der Psychohygiene relevant wurde, spielt auch hier eine Rolle: die Abgrenzung und die damit einhergehende Formulierung im therapeutischen Dialog, dass die Patient*innen auch eine eigene Verantwortung über ihr Leben haben. Während Überlegungen im Raum stehen, dass man vielleicht erreichbarer und unterstützender bei Patient*innen sein muss, die suizidal sind, meint ein*e Teilnehmer*in:

Für mich ist das auch wichtig, das den Klienten zu sagen, dass ich die Unterstützung bin und dass es dennoch deren eigene Verantwortung ist, was sie letztlich mit ihrem Leben machen....(...) Ich muss natürlich darauf hinweisen, dass es irgendwo Grenzen gibt. (Transkript Psychotherapeut*innen, Pos. 15)

Wie sich ein Suizidversuch auf die therapeutische Beziehung auswirkt, „Wie dann wieder zurückkommen und wie dann wieder ins Arbeitsbündnis auch gehen?“ (Transkript Psychotherapeut*innen, Pos.6), fragt sich ein*e Therapeut*in und ein*e andere*r mit entsprechende Erfahrung antwortet: „...im Nachhinein gab es ein ganz anderes Arbeitsbündnis und ein ganz anderes/ Meine Identität als Psychotherapeutin/ Ich war dann sehr ähm lenkender als ich sonst bin“ (Transkript Psychotherapeut*innen, Pos. 9). Diese Person gibt auch an, dass sich durch den Suizidversuch durch ein*n Patient*in viel in der therapeutischen Beziehung verändert hat. Sie habe innerhalb der Therapie dann auch über ihre eigenen Gefühle bezogen auf den Suizidversuch geredet, was von Patient*innenseite positiv aufgenommen wurde.

Ein*e Teilnehmer*in spricht außerdem über Schwierigkeiten bei der Wahl adäquater therapeutischer Interventionen. Dadurch, dass bei akuter Gefährdung oder nach einem Suizidversuch neben der Supervision auch Dritte eingeschaltet werden, könnten Konflikte entstehen. Beispielsweise bei Diskrepanzen im institutionellen Rahmen: „hm vor allem im institutionellen Kontext. Es war für mich deswegen schwierig, weil die Supervisorin was ganz anderes gesagt hat, als meine Leitung“ (Transkript Psychotherapeut*innen, Pos. 7) oder bei der Behandlung von Jugendlichen: „Wo es auch unterschiedliche Erwartungen gegeben hat von der Supervisorin, die gemeint hat, „Nein, wir rufen jetzt gar nicht den Vater an, sondern die Jugendliche“, wo ich draufgekommen bin, ich hab nicht mal die Nummer von der Jugendlichen gehabt“ (Transkript Psychotherapeut*innen, Pos. 7).

2.2 Wie versteht Therapeut*in die Suizidalität bzw. Suizidversuche? Innerhalb der Therapie geht es für Therapeut*innen (und in weiterer Zukunft auch für die Patient*innen) darum, die Suizidgedanken bzw. einen potenziellen Suizidversuch zu verstehen, meinen alle drei Teilnehmer*innen. Angelehnt an einen Satz aus einem Buch von *Jean Améry* interpretiert ein*e Therapeut*in den Suizidversuch durch eine*n Patient*in als Ansatz zur Problemlösung: „Das Leben verändert sich nicht dadurch, es wird nicht besser, wenn man sich suizidiert, sondern es hört auf. Und das war ein bisschen ein Schock, als ich das gesagt habe wie ich das gefunden habe“ (Transkript Psychotherapeut*innen, Pos. 11).

Ein*e andere Teilnehmer*in nimmt die suizidalen Äußerungen durch eine*n Patient*in zwar als etwas *Impulsives* und *Aggressives* wahr, ist unsicher was sie bedeuten und sieht gleichzeitig keine akute Gefährdung. Wieder ein*e andere*r versucht über *eigene suizidale Anteile* ein Verständnis zu entwickeln: „Also auch ähm was macht mir Angst an dem Thema? Sind es eigene suizidale Anteile, die ich habe und stehe ich dazu? Dadurch kann ich andere nachvollziehen also ähm den anderen nachvollziehen aber auch den Umgang damit“ (Transkript Psychotherapeut*innen, Pos. 15).

Ob die Suizidalität chronisch ist oder eine akute Gefährdung vorliegt, ist außerdem wichtig für die Interventionen von Therapeut*innen: „Je nach Fall gibt es ja auch unterschiedliche Anforderungen. Ist jemand chronisch suizidal? Oder ist es eine akute Krise?“ (Transkript Psychotherapeut*innen Pos. 22).

2.3 Behandlungsaussichten. Auch das Thema Behandlungsaussichten bei suizidalen Patient*innen wird von zwei Psychotherapeut*innen angesprochen. Bedeutet chronische Suizidalität, dass Patient*innen „...früher oder später eh schon Erfolg haben“ (Transkript Psychotherapeut*innen, Pos. 3) werden? Gleichzeitig öffnet sich dadurch die Frage

nach einem guten Therapieabschluss und ob man Patient*innen „...mit einem guten Gefühl loslassen kann“ (Transkript Psychotherapeut*innen, Pos. 3).

3. Tools

In diesem Abschnitt werden Instrumente angeführt, von denen die Teilnehmer*innen glauben, sie seien hilfreich in der Arbeit mit suizidalen Patient*innen bzw. integrierbar in ein e-Learning. Dazu gehören *Non-Suizidvertrag*; *Dokumentationsstandards*; *Erste-Hilfe und Interaktion*.

3.1 Non-Suizidverträge. Als ein Tool zum konkreten Umgang mit suizidalen Patient*innen wird von zwei Teilnehmer*innen der Non-Suizidvertrag eingeführt. Allerdings sei die Literatur dazu *widersprüchlich*: „Die einen sagen, es ist gut, die anderen sagen, es kann sogar gefährlich sein“ (Transkript Psychotherapeut*innen, Pos. 11). Außerdem wisse man nicht, inwiefern sich ein solcher Vertrag auf die Selbstwirksamkeit ausüben würde. Ein*e andere*r Therapeut*in erzählt, ein solcher Vertrag sei zwar nicht die erste Wahl, es habe aber bereits eine Patient*in gegeben, die das Verfahren aber aufgrund einer vorhergehenden Therapie als hilfreich empfunden habe. „Ich habe das dann so übernommen und die Klientin, die kam dann immer so von selbst. Die merkte es wird ihr zu gefährlich, die wollte dann immer schon den Vertrag erneuern. Also das habe ich dann einfach mit übernommen. Da habe ich/ Wenn das hilfreich ist für die Klientin, mache ich das“ (Transkript Psychotherapeut*innen, Pos. 15).

3.2 Dokumentationsstandards. Ebenfalls wird die Einführung von Dokumentationsstandards (Transkript Psychotherapeut*innen, Pos. 25) überlegt.

3.3 Erste-Hilfe-Kurs. Um mehr Sicherheit im Umgang mit Suizidalität zu bekommen schlagen zwei Therapeut*innen einen Erste-Hilfe-Kurs vor. Möglicherweise in Form von einem „...Onlinekurs, den man immer wiederholen und auffrischen kann“ (Transkript Psychotherapeut*innen, Pos. 31).

3.4 Interaktion. Vor allem aber wird im Kontext Suizidalität bzw. Suizid das Bedürfnis nach Interaktion mit anderen Therapeut*innen bzw. Supervisor*innen deutlich: „Ich fände auf jeden Fall etwas Interaktives toll. So dass ich mich auch mit anderen austauschen kann. Vielleicht ein Chat“ (Transkript Psychotherapeut*innen, Pos. 28). Dieselbe Person schlägt dafür eine schulenübergreifende 24-Stunden-Hotline (mit *Expert*innen*, wie ein*e

weitere Teilnehmer*in anmerkt: Pos. 30) vor, unter der Psychotherapeut*innen anrufen können, um akute Fragen und Standards zu klären.

5.3 Beantwortung des Forschungsinteresses

Suizid und Suizidalität stellen für Psychotherapeut*innen ein Spezifikum in ihrer Tätigkeit dar. Zum einen stehen sie vor der Herausforderung, das Phänomen auf individueller Ebene und mit seiner Bedeutung innerhalb des therapeutischen Prozesses zu verstehen, im Rahmen ihrer Therapieschule theoretisch zu konzeptualisieren und eine Risikoeinschätzung durchzuführen, die die Grundlage für eine angemessene Indikation darstellt. Gleichzeitig stehen sie aufgrund der Brisanz des Themas in der berufsrechtlichen Verantwortung, eine Risikoabschätzung zu machen und gegebenenfalls Dritte einzuschalten, womit sie sich im Spannungsfeld zwischen therapeutischer Dyade und deren Öffnung bewegen.

Die Implikationen, die sich daraus sowohl für den Patient*innenkontakt als auch die eigene Rollenerwartung ergeben, sind via e-Learning Programm, das für die Grundgesamtheit aller Psychotherapeut*innen (in Europa) entwickelt wurde, kaum direkt beeinflussbar.

Um allerdings besser mit diesen Herausforderungen umgehen zu können, professionelle Abgrenzung und eigene emotionale Stabilität zu gewährleisten, formulieren die Therapeut*innen zum einen den Wunsch nach psychohygienischen Maßnahmen in Form von Supervision, Intervision oder Beratung, als auch das Bedürfnis nach einer Vertiefung von theoretischem, schulübergreifenden und berufsrechtlichen Wissen.

Potenzielle Instrumente, mit deren Hilfe dies in den Augen der Psychotherapeut*innen umsetzbar wäre sind Non-Suizidverträge aber auch schulübergreifende Dokumentationsstandards. Beides sollte in einem e-Learning Programm behandelt werden. Darüber hinaus sollte ein solches Programm auch interaktive Elemente beinhalten, um dem Wunsch nach Austausch und Absicherung in Form von Chats oder einer Hotline zu begegnen. Die Vermittlung der grundlegenden Inhalte rund um das Thema könnte im Format eines Erste-Hilfe-Kurses geschehen.

5.4 Interpretation und Einbettung in den theoretischen Hintergrund

Wie bereits erwähnt sind die Ziele von Gatekeeperschulungen Sensibilisierung zur Identifikation, Risikoabschätzung, Management und Behandlung von Hochrisikopersonen (siehe beispielsweise World Health Organisation, 2014). Insofern nehmen Psychotherapeut*innen durch ihre behandelnde Tätigkeit bereits eine Sonderrolle ein. Bei ihnen steht weniger die Identifikation von gefährdeten Personen oder Wissen zu Anbindungsmöglichkeiten innerhalb der Versorgungsstruktur im Vordergrund. Vielmehr geht es um eine Verbesserung der Risikoabschätzung und die damit einhergehende Unterscheidung zwischen

chronischer und akuter Suizidalität, um entsprechende Indikationen zu stellen. Außerdem sind für Psychotherapeut*innen Kooperationen mit psychiatrischen Einrichtungen oder Psychiater*innen und ein Abbau von negativen Gefühlen bei der Behandlung suizidaler Patient*innen relevant. Wie Cramer et al. (2019) in ihrer Studie zeigen, könnten diese negativen Gefühle durch Kompetenzgewinne aus spezifischen Suizidpräventionstrainings reduziert werden. Ihre berufliche Rolle im Kontext Suizid, die mit Verpflichtungen und Erwartungen im Kontakt mit Betroffenen verbunden ist, ist somit klar definiert.

Was unter Umständen mit ihrer behandelnden Rolle zusammenhängt ist auch, dass Psychotherapeut*innen eben kein Bedürfnis nach Kompetenzgewinnen in der Gesprächsführung mit Angehörigen äußern, wie beispielsweise die Psychologiestudent*innen. Lediglich die Frage, wie aus berufsrechtlicher Sicht die therapeutische Dyade bei Gefährdung geöffnet werden kann, bezieht implizit die Angehörigen ein.

Während Suizidalität bzw. Suizid kein Teil der verschiedensten Curricula von Gatekeeper-Ausbildungen (Kullberg et al., 2020) ist, erhalten Psychotherapeut*innen in Österreich während der Propädeutika und Fachspezifika zu diesem Thema sehr wohl theoretischen Input in Form von Kriseninterventionsseminaren und Seminaren zum rechtlichen Rahmen ihrer Berufsausübung (BGBl. Nr. 361/1990). Außerdem haben sie die Möglichkeit, sich bereits innerhalb der Ausbildung durch die verpflichtenden Praktika, die in Österreich auch mit 150 Stunden explizit im klinischen Kontext vorgeschrieben sind (BGBl. Nr. 361/1990), selbst im Patient*innenkontakt und der Gesprächsführung zu erproben und dadurch Selbstwirksamkeitserleben hinzuzugewinnen. Dass sie dennoch angeben, es gäbe das Bedürfnis nach mehr schulenübergreifendem theoretischen und rechtlichen Input in Form von Dokumentationsstandards oder einer 24-Stunden-Hotline, lässt den Rückschluss ziehen, dass sie sich subjektiv trotz entsprechender Ausbildung nicht ausreichend auf den Umgang mit Suizid bzw. Suizidalität vorbereitet fühlen. Auch diese Erkenntnis entspricht bisherigen Befunden, weicht aber insofern vom aktuellen Kenntnisstand ab, weil sie impliziert, dass dieses Gefühl von mangelndem Vorbereitetsein nicht aufgrund von fehlendem theoretischen Wissen oder fehlender praktischer Erfahrung entsteht. Vielmehr resultiert es aus Angst und Unsicherheit gegenüber der Verantwortung, die mit der beruflichen Rolle, den damit verbundenen Erwartungen und Anforderungen und der gleichzeitigen Brisanz des Themas einhergeht.

Dafür spricht sowohl, dass die Teilnehmer*innen der Fokusgruppe die Relevanz vom eigenem psychischen Wohlbefinden in Form von Abgrenzung äußern als auch die Schwierigkeit der Herstellung von Akzeptanz demgegenüber, unter Umständen keinen Suizid oder Suizidversuch abwenden zu können. Zugrunde liegt letzterem vermutlich auch die Überzeugung, durch die Behandlung effektiv gegen Suizid und Suizidalität wirken zu kön-

nen, was einerseits eine wichtige Voraussetzung für die Behandlung ist. Andererseits kann aber im Sinne der Theorie zur Kontrollüberzeugung von Rotter (1966) daraus auf eher interne Kontrollüberzeugungen seitens der Therapeut*innen geschlossen werden. Diese könnten, wenn Therapeut*innen sich besonders verantwortlich für die Suizidalität bzw. Suizidversuche ihrer Patient*innen und deren Überleben fühlen, als belastend erlebt werden. Der Wunsch nach einer 24-Stunden Hotline könnte somit der Versuch einer Ab- oder Rückversicherung sein, damit man keine alleinige Verantwortung trägt, falls ein Suizidversuch stattfindet. Hierbei geht es unter Umständen nicht ausschließlich um die Angst vor rechtlichen Konsequenzen, die ein Suizid(-versuch) in aufrechter Behandlung mit sich bringen würde, sondern auch um die Angst vor persönlichen Folgen.

Der Wunsch nach einem Erste-Hilfe-Kurs kann einerseits so verstanden werden, dass dadurch auch die Komplexität des Themas reduziert würde, indem man grundlegende Inhalte zum Thema Suizid und Suizidalität kontinuierlich abrufen könnte. Andererseits wird dadurch aber auch die Frage aufgeworfen, wie Ausbildungsinstitute die Weiterbildungspflicht unter ihren Kandidat*innen regulieren. Österreich ist durch eine enorme Heterogenität an anerkannten Psychotherapieschulen geprägt. Darauf referenzieren die Psychotherapeut*innen, wenn sie im Interview von *schulenspezifisch* reden. Während das Propädeutikum noch allgemeine Inhalte für alle angehenden Psychotherapeut*innen enthält, unterscheiden die Curricula der einzelnen Fachspezifika sich sowohl zwischen den Therapieschulen als auch den einzelnen Ausbildungsinstituten. Suizid oder Suizidalität wird in diesen unterschiedlichen Schulen auch unterschiedlich konzipiert. Wie eine Teilnehmer*in anmerkt, scheint diese Konzeptualisierung für den erfolgreichen Umgang mit akut suizidalen Personen weniger relevant als Inhalte aus der Krisenintervention. Für ein e-Learning Programm bedeuten diese Ergebnisse, dass Psychotherapeut*innen im Vergleich zu anderen Gatekeepern weniger Übungen zur Gesprächsführung äußern, grundlegende Inhalte (besonders zur Krisenintervention) am besten über einen Erste-Hilfe-Kurs aber vor allem solche interaktiven Elemente, die die psychische Belastung der Therapeut*innen reduzieren, benötigen.

5.5 Limitationen & Ausblick

Die geringe Teilnehmer*innenzahl schränkt die Repräsentativität der Ergebnisse genauso ein wie die Tatsache, dass zwei von drei Therapeut*innen noch im Status in Ausbildung unter Supervision arbeiten. Auch alle 23 anerkannten Psychotherapieschulen werden durch die vorliegende Studie nicht abgedeckt.

Generalisierende Aussagen über Haltung, Wissen, Fähigkeiten und Bedürfnisse lassen sich somit nicht treffen. Um umfassendere Aussagen zuzulassen, sollten weitere Fo-

kusgruppen erhoben werden. Die Vermutung, dass kein Trainingsmangel, sondern Angst vor der Verantwortung eine Ursache für das Gefühl von Unvorbereitetsein darstellt, sollte ebenfalls in künftiger Forschung, auch im Hinblick auf andere Gatekeeper untersucht werden.

Zwar sprechen die Therapeut*innen über Belastungen, die sich durch ihre Tätigkeit und den Umgang mit Suizid bzw. Suizidalität ergeben und äußern das Bedürfnis nach psychohygienischen Maßnahmen. Sich selbst konzeptualisieren sie aber im Gespräch trotz dieser Belastung nicht als eigenständige Risikogruppe, was unter Umständen mit ihrem eigenen Rollenverständnis zu tun haben kann. Liegt dahinter der Glaube, dass Psychotherapeut*innen emotional so stabil sein müssen, dass sie gut mit Belastungen durch Suizid bzw. Suizidalität seitens der Patient*innen umgehen müssen? Es sollte also näher untersucht werden, ob die Auswirkungen des Verantwortungsbewusstseins von Psychotherapeut*innen und die Belastungen durch den Suizid von Patient*innen zu eigener Suizidalität führen können und wie diese Belastung vor dem Hintergrund des Verständnisses der beruflichen Rolle und den sich daraus ergebenden Anforderungen an das Individuum verarbeitet wird.

Die Aussagen der Therapeut*innen implizieren, dass im Hinblick auf Haltung, Wissen, Fähigkeiten und Bedürfnisse zwischen chronischer und akuter Suizidalität unterschieden werden muss. Weitere Untersuchungen sollten diese Unterscheidung berücksichtigen und jeweils getrennte Erhebungen zu diesen unterschiedlichen *Stimuli* durchführen. Es liegt die Vermutung nahe, dass das Bedürfnis nach mehr Input zur Krisenintervention besonders die akute Suizidalität betrifft und der Umgang mit chronischer Suizidalität bereits gut durch das fachspezifische Verständnis der Thematik abgedeckt wird.

Für ein e-Learning Programm bedeuten die vorliegenden Ergebnisse, dass es im Sinne der Komplexitätsreduktion und Krisenintervention theoretisch entweder grundlegend gestaltet bleiben sollte oder sich per Algorithmus auf den Kenntnisstand der Teilnehmer*innen anpassen müsste. Wie die fachspezifisch unterschiedlichen Konzeptionen von Suizid und Suizidalität berücksichtigt werden und somit auch die kulturellen Spezifika der österreichischen Psychotherapeut*innenausbildung berücksichtigt werden könnten, bzw. inwiefern sie das vor dem Hintergrund der grundlegenden Krisenintervention müssten, bleibt eine umfassendere Frage.

Chats oder Hotlines hingegen ließen sich leicht implementieren, um der inhaltlichen Konzentration auf Psychohygiene zu folgen.

6. Fokusgruppe Betroffene und Angehörige

Das zugrundeliegende Transkript befindet sich im Anhang J.

6.1 Beschreibung der Stichprobe

Aufgrund der Sensibilität des Themas wurden Betroffene und Angehörige via Gatekeeper adressiert. Die Rolle übernahmen österreichweit Leiter*innen von diversen Selbsthilfegruppen, die hier zur Wahrung der Anonymität der Teilnehmer*innen nicht genannt werden. Diese sprachen Betroffene, von denen sie glauben sie seien ausreichend stabil, um über das Thema innerhalb einer Fokusgruppe zu reden, direkt an. Vier Teilnehmer*innen erschienen zum geplanten Termin: Drei davon hatten selbst Suizidalität erlebt, bzw. einen oder mehrere Suizidversuche hinter sich. Ein* weitere*r verlor die Tochter durch Suizid. Die geringe Teilnehmer*innenanzahl stellt eine Limitation dar.

6.2 Ergebnisse Betroffene und Angehörige

Welche Haltung, Wissen, Fähigkeiten und daraus resultierende Bedürfnisse Betroffene und Angehörige im Umgang mit Suizidalität und Suizid als relevant für Personen innerhalb von Schlüsselberufen erachten, wird im Folgenden besprochen. Dabei lassen sich die Inhalte einmal dem Thema *1. Helfer*innensystem* und einmal dem Thema *2. Was Betroffenen und Angehörigen hilft* zuordnen. Beide verfügen ihrerseits wieder über jeweilige Subthemen. Die Begriffe Helfer*innen und Gatekeeper werden zu diesem Zweck fortlaufend synonym verwendet.

Abbildung 4

Themen und codierte Segmente Betroffene und Angehörige

Thema	Anzahl codierte Segmente
1. Helfer*innensystem	16
1.1 Schulungen und Standards für Gatekeeper	11
1.2 Psychohygiene Gatekeeper	5
1.3 Tipps aus Erfahrung von Betroffenen und Angehörigen	
2. Was Betroffenen und Angehörigen hilft	51
2.1 Entstigmatisierung	
2.2 Direktes Ansprechen	6
2.3 Kontaktangebot	4
2.4 Ursachen für Suizid bearbeiten	8

2.6 Was im Kontakt zu Betroffenen vermieden werden soll	13
	13
	7
Codierte Segmente gesamt	67

1. Helfer*innensystem

Unter diesem Thema werden Aspekte zusammengefasst, die in den Augen der Betroffenen relevant für das Helfer*innensystem, sprich die Gatekeeper, im Kontext Suizidalität bzw. Suizid und Suizidprävention sind. Dazu gehören *Schulungen und Standards für Gatekeeper; Psychohygiene Gatekeeper; Tipps aus der Erfahrung von Betroffenen und Angehörigen*.

1.1 Schulungen und Standards für relevante Gatekeeper. Zwei Betroffene sprechen mehrfach darüber, dass es sowohl in Schulen als auch in Sportvereinen, Betrieben und „...bei den Fachleuten“ (Transkript Betroffene und Angehörige, Pos. 8) Aufklärungskampagnen zum Thema Suizid geben sollte: „Damit man eine breitere Öffentlichkeit erreicht, um zu sagen ‚Du kannst auch im Reden Erste Hilfe‘ leisten.“ (Transkript Betroffene und Angehörige, Pos. 46)

Zielgruppen könnten so auch direkter angesprochen werden, wie beispielsweise die 13-19-Jährigen, die als besonders gefährdet gelten. Ausgehend von ihrer eigenen Erfahrung, betont eine betroffene Person dahingehend auch die Wichtigkeit von Supervisionsangeboten und dass diese wahrgenommen werden für Lehrkräfte:

Und vor allem bei Jugendlichen/ Ich weiss bei mir in der Schulzeit, nach meinen Versuchen wurde auch von Lehrkräften darauf geachtet nicht gemein zu mir zu sein. Manche/ Auf die Art „Du kannst immer mit mir reden aber nur über schöne Dinge“, was nicht funktioniert in so einer Situation. Und ähm sich viele Mitschüler auch aufgeregt, weil sie sich unfair behandelt gefühlt haben. Warum auch immer....Und es ist auch schwierig wenn so was passiert ist, dass es spätestens kommt „Aber wieso nicht vorher?“ und „Wieso nicht zu allen?“. Deshalb ist es schade, wenn Lehrkräfte nicht die Supervisionsangebote in Anspruch nehmen, die sie hätten. (Transkript Betroffene und Angehörige, Pos. 90)

Auch den Medien wird im Gespräch der Betroffenen eine große Verantwortung zugesprochen. Einerseits in ihrer Aufgabe, dem Thema eine Plattform zu geben, in der Diskurs stattfinden kann (Transkript Betroffene und Angehörige, Pos. 88) - andererseits für die Art der Darstellung von Suizid in der Öffentlichkeit. So beklagt ein*e Teilnehmer*in: „Ja, dieses Heroisieren ist das. Je breiter und bunter eine Tages- oder Wochenzeitschrift ist, desto lieber greifen sie das Thema auf.“ (Transkript Betroffene und Angehörige, Pos. 105)

Um den Medien zu vermitteln, wie man hilfreich über Suizid berichtet, also nicht *dramatisch* und *heroisierend*, wird auf die Medienrichtlinie zur Suizidberichterstattung verwiesen.

1.2 Psychohygiene Gatekeeper. Ein weiteres Thema, das sich aus den Interviews mit Betroffenen ergibt, bezieht sich auf das, was Gatekeeper in ihrer Arbeit im Kontext Suizid bzw. Suizidalität auch psychisch unterstützen kann. Ein*e Betroffene*r erzählt aus eigenen Erfahrungen: „Durch die Zusammenarbeit mit Helfern weiß ich, sehr, sehr viel Angst ist eben um die Fürsorge.“ (Transkript Betroffene und Angehörige, Pos. 70)

Das Rote Kreuz würde, um dieser Angst entgegenzuwirken Erste-Hilfe-Kurse zum Thema Suizidalität bzw. Suizid anbieten (Transkript Betroffene und Angehörige, Pos. 45). Auch auf psychohygienische Maßnahmen wie Supervision wird verwiesen, „...dass die Ersthelfer auch schauen müssen, dass es ihnen gutgeht. Damit sie gut helfen können.“ (Transkript Betroffene und Angehörige, Pos. 92) ist die Annahme einer weiteren betroffenen Person.

1.3 Tipps aus der Erfahrung von Betroffenen und Angehörigen. Unter den Betroffenen gibt es erfahrungsbasiert allgemeine Wissensinhalte, die für das Helfer*innensystem als nützlich für den Umgang mit Suizidalität und Suizid eingestuft werden. Dazu gehört beispielsweise das Bewusstmachen von: „Du kannst auch im Reden Erste Hilfe leisten.“ (Transkript Betroffene und Angehörige, Pos. 46)

Allerdings sollen diese Gespräche auf einer *horizontalen* und keiner vertikalen Beziehungsgestaltung beruhen (Transkript Betroffene und Angehörige, Pos. 118)

Ein*e Angehörige*r meint dazu: „Ich habe Folgendes erlebt: ähm, wie soll ich sagen, erstens mal in einer fortgeschrittenen Phase, die letztlich zum Suizid führt, ist es nicht mehr möglich, über die intellektuelle Ebene an den heranzukommen.“ (Transkript Betroffene und Angehörige, Pos. 49)

Was hilfreich sein könnte, um Kontakt zu Betroffenen herzustellen sei, mit einem Peer gemeinsam aufzutreten: „Darum habe ich gemeint, vielleicht mit einem Peer. Oder einen Peer vorausschicken. Weil ein Peer kann auf einer ganz anderen Ebene an den herangehen.“ (Transkript Betroffene und Angehörige, Pos. 68)

Ein*e weitere*r Teilnehmer*in schlägt vor, in den Gesprächen mit suizidalen Personen nach einem Plan zu fragen. Es sei wichtig zu wissen, „Dass die Leute immer einen Plan haben, wie sie es machen. Oder im Sinne, dass die Tabletten schon zu Hause sind.“ (Transkript Betroffene und Angehörige, Pos. 32)

Im Monat Jänner gäbe es in den Augen einer Person, die unter anderem im Rettungsdienst tätig ist, eine Hochkonjunktur an Suizidversuchen: „Das scheint ein magisches Datum zu sein“ (Transkript Betroffene und Angehörige, Pos. 84)

Auch auf den Unterschied zwischen Stadt und Land wird hingewiesen: Ein*e Teilnehmer*in gibt an, dass Suizid in *dünn besiedelten* Gegenden fast *dogmatisch* als Problemlöseversuch, nicht nur bei psychisch Kranken, gesehen wird: „Das ist der propagierte Ausweg, der Suizid.“ (Transkript Betroffene und Angehörige, Pos. 55). Die Stadt böte mehr *Ablenkungsmöglichkeiten*. Eine weitere betont die Relevanz von Aufklärungsarbeit am Land (Transkript Betroffene und Angehörige, Pos. 60).

2. Was Betroffenen und Angehörigen hilft

In diesem Abschnitt geht es um die Frage, was Betroffenen und Angehörigen helfen kann. Die Gruppe spricht hier mehrere Aspekte an, die als Subthemen im Folgenden dargestellt werden *Entstigmatisierung; Direktes Ansprechen; Kontaktangebot; Ursachen für Suizidalität bearbeiten* und *Was im Kontakt zu Betroffenen und Angehörigen vermieden werden sollte*.

2.1 Entstigmatisierung. Zwei Teilnehmer*innen reden darüber, dass Entstigmatisierung wichtig sei, um Betroffene vor sozialer *Strafe* zu schützen (Transkript Betroffene und Angehörige, Pos.44). So wird von Erfahrungen berichtet, dass Teilnehmer*innen einer Selbsthilfegruppe extra vom Land in die Stadt fahren, um nicht erkannt zu werden: „Und wenn sie in Graz sind, ist es dann anonym.“ (Transkript Betroffene und Angehörige, Pos. 57)

Entstigmatisierung soll aber auch Angehörigen helfen, weniger mit *Schuld* und *Verantwortung* durch die Gesellschaft konfrontiert zu werden (Transkript Betroffene und Angehörige Pos. 90 & Pos. 92)

2.2 Direktes Ansprechen. Zwei Teilnehmer*innen finden es sinnvoll, Betroffene direkt auf eine mögliche Suizidalität anzusprechen. Ein*e Teilnehmer*in formuliert die Bedeutsamkeit, die diese direkte Konfrontation für Betroffene haben kann:

Also aus der Betroffenenberatung möchte ich sagen, ähm, einer der in der suizidalen Phase, egal in welcher er jetzt ist, nicht mehr im Stande ist, nach draußen zu gehen, sucht manchmal nur mehr mit Blicken Hilfe und braucht das, dass ihm jemand die Hand hinstreckt, ihn anspricht „Wie geht's dir? Kann ich dir helfen?“. Also ein Gesprächsangebot. (Transkript Betroffene und Angehörige, Pos. 28)

Eine andere berichtet aus ihren eigenen Erfahrungen: „Weil das war mein Gefühl zu der Zeit, ist ja nicht einfach so verschwunden, wenn ich nicht drüber geredet habe.“ (Transkript Betroffene und Angehörige, Pos. 44)

2.3 Kontaktangebot. Drei Teilnehmer*innen reden darüber, wie wichtig Kontaktangebote für Betroffene sind. Gerade auch weil es eine Angst seitens der Betroffenen gibt, aufgrund ihrer Gedanken abgelehnt zu werden. Kontaktangebot beginnt bei einem Ort, an den man kommen kann- einem Raum, der eine Art Zuflucht bietet, auf den man sich beziehen kann. So schildert ein*e Teilnehmer*in aus ihrer Erfahrung:

ähm zu mir hat mal ein Psychiater gesagt, da hab ich einen Suizidversuch gehabt, da hat er gesagt „Und wenn es Ihnen schlecht geht, kommen Sie her“. Er hat mir eine offene Tür angepriesen. „Wenn es ein Problem gibt, kommen sie“ (...)Dann habe ich wirklich jeden Sonntag in der Klinik gesessen und habe gesagt, ich will mich umbringen, bis es dann vorbei war. (Transkript Betroffene und Angehörige, Pos. 62)

Ein Stück weiter im Transkript:

Und ja, du musst einfach den Betroffenen signalisieren, wie gesagt, dass sie einen Platz haben, wo sie hingehen können. Und auch wenn sie jemanden zu reden finden, also eine Offenheit und eine Akzeptanz für deine Probleme. Und ähm ein offenes Ohr und so. (Transkript Betroffene und Angehörige, Pos. 94)

Aber auch die Art des Kontakts spielt eine Rolle: Die Beziehungsgestaltung sollte *horizontal* sein, es fällt der Wunsch danach, mit *Würde und Respekt* (Transkript Betroffene und Angehörige, Pos. 94) behandelt zu werden, angenommen zu sein. Ein*e Teilnehmer*in spricht vom „...Zuhören auf Augenhöhe. Egal was für Dinge besprochen werden.“ (Transkript Betroffene und Angehörige, Pos. 70)

Es sei dabei schon wichtig, Hoffnung zu vermitteln (Transkript Betroffene und Angehörige, Pos. 116) aber nicht, indem man Betroffenen einredet sondern vielmehr zeigt, dass es Lebensqualität gibt und sie ernst nimmt.

Außerdem wird der Faktor *Zeit* (Transkript Betroffene und Angehörige, Pos. 120) im Hinblick auf Beziehungsangebote explizit erwähnt. Ein*e weitere*r Teilnehmer*in unterstützt diesen Gedanken: „...könnte ich einen Wunsch erfüllen, dann würde ich die Ressourcen von den Krankenhäusern ein bisschen auffüllen, dass sie mehr Personal haben. Dass sie weniger Bedarfsmedikation und mehr Gesprächsangebot haben. (Transkript Betroffene und Angehörige, Pos. 122)

Dabei geht es nicht nur darum, Zeit zum Reden sondern auch zum gemeinsamen Schweigen anzubieten:

Also einfach, dass sich jemand immer eingeladen fühlt, gemeinsam zu schweigen oder zu reden. Weil mit sehr vielen Herangehensweisen habe ich mir persönlich immer schwergetan, weil ich hätte gar nicht die Worte gefunden, zu verbalisieren was mit mir los ist. (Transkript Betroffene und Angehörige Pos. 51)

2.4 Ursachen von Suizidalität bearbeiten. Ein*e Teilnehmer*in gibt an, es sei in der Suizidprävention wichtig auch die Ursachen von Suizidalität anzuschauen und mit Betroffenen zu bearbeiten, statt sich bloß darauf zu konzentrieren, den Suizid letztlich zu verhindern. In dieser Perspektive lässt sich Suizid als ein Problemlöseversuch verstehen.

Und dass man ein Lebensproblem hat. Nicht, dass man sich umbringt aus dem Nix hinaus. Also manchmal ist es so. Aber es gibt auch wirklich Leute, die haben Probleme im Leben: Jemand ist gestorben oder es hat sich jemand umgebracht. Oder, dass mir ein Konkurs bevorsteht, dass die Uni nicht abgeschlossen werden kann, dass man finanziell aus allen Rastern rausfällt. Oder bei mir die Psychose. Einfach, dass gesehen wird, das Lebensthema muss dahinter bewältigt werden. Wenn Sie mich heute vom Suizid abhalten und das Problem ist nicht anders, also das Lebensthema nicht bewältigen kann, ich muss mein Leben irgend wie bewältigen. Und das ist ganz wichtig. (Transkript Betroffene und Angehörige, Pos. 32)

Die Annahme, dass Suizid überhaupt eine adäquate Möglichkeit ist, Konflikte oder Probleme zu bewältigen könne unter anderem aus Sozialisationsprozessen resultieren. So bringt ein*e Teilnehmer*in das Beispiel, dass besonders am Land ein *Dogma* herrsche, dass Suizid ein *propagierter Ausweg* für bestimmte Situationen ist:

Am Land hat man den Eindruck, jeder Baum, jeder Zaun erklärt schon den Leuten, die hier aufgewachsen sind, was sie zu tun haben. Und da kommt mit der größten Selbstverständlichkeit „Ist ja klar, da muss man zu den Medikamenten greifen“, „Da muss man zu den Waffen greifen“, „Da hat man seinem Leben ein Ende zu setzen.“ (Transkript Betroffene und Angehörige, Pos. 55)

Hier bräuchte es vermehrt Aufklärungsarbeit.

Andererseits könnten auch psychische Erkrankungen ursächlich für Suizidalität sein. Entweder weil dadurch keine guten Bewältigungsmöglichkeiten im Hinblick auf die Anforderungen des Lebens gegeben sind oder wie ein*e andere* Teilnehmer*in sagt: „Ich habe Folgendes erlebt: Und zwar, dass meine Tochter dann einfach nicht mehr leben wollte. Ohne Angabe von Gründen.“ (Transkript Betroffene und Angehörige, Pos. 49)

An dieser Stelle muss erwähnt werden, dass innerhalb der Gruppe eine Diskussion bezüglich des Umgangs mit Ursachen entsteht. Ein*e Teilnehmer*in kritisiert, dass durch die Frage danach, die Suizidalität einer Person auf „ein oder zwei Gründe“ (Transkript Betroffene und Angehörige, Pos. 33) reduziert würde. Sie sagt im weiteren Verlauf, man könne alles begründen aber solange man in dieser Art des Gesprächs bliebe, diskutiere man „...mit jemandem, der gerade gefährdet ist: Was ist dein Grund? Ist das ein Grund, dass du dich jetzt suizidieren darfst oder nicht?“ (Transkript Betroffene und Angehörige, Pos. 36) und weist darauf hin, dass eine solche Kommunikation in ihren Augen nicht hilfreich sei:

Ich lasse mir mein, für was immer ich tu, ob ich mir die Haare anders färben lasse, ich diskutiere meine Gründe nicht unbedingt mit anderen Leuten. Und hier einzuladen, über die Gründe zu diskutieren, halte ich eigentlich für kontraproduktiv. (Transkript Betroffene und Angehörige Pos. 36)

2.5 Was im Kontakt zu Betroffenen vermieden werden sollte. Unter diesem Punkt werden Inhalte zusammengefasst, von denen die Teilnehmer*innen glauben, sie seien für den Kontakt mit Betroffenen kontraproduktiv.

Drei Teilnehmer*innen sprechen darüber, welche negativen Emotionen bei ihnen als Betroffene dadurch hervorgerufen wurden, dass das Gegenüber entweder bagatellisierend oder verleugnend auf ihre Sorgen reagiert habe.

Besonders ein*e Teilnehmer*in bringt sich zu diesem Thema mit ihren Erfahrungen ein, in denen sie es, nach eigenen Angaben als Strafe empfunden hat, wenn sie sich jemandem anvertraut hat: „Du kannst immer mit mir reden aber nur über schöne Dinge“, was nicht funktioniert in so einer Situation.“ (Transkript Betroffene und Angehörige, Pos. 92), oder

Ich wollte noch sagen, wir haben jetzt vorhin gelacht, mit „Ach das wird schon wieder, du hast ja gar keinen Grund dazu“. Aber mir ist es genauso passiert. Genau in den Worten, vielleicht sogar einen Tick schlimmer mit den Worten „Bei anderen verstehe ich es ja, bei dir nicht“. Was mich dabei gestört hat war gar nicht, dass das so gesagt wurde, weil die Absichten waren rein und gut. Sondern, dass ich gar nicht gefragt wurde, warum. Ich gar nicht nach meiner Geschichte gefragt wurde. Das war eher das, dass mein Schmerz nicht gesehen und validiert wurde und eher abgetan wurde. (Transkript Betroffene und Angehörige, Pos. 92)

Auch eine hierarchische Kommunikation, also dass eine Fachperson den Betroffenen aus theoretischem Wissen heraus erklärt, was sie brauchen (z.B. Medikamente/ Fixierung) sei nicht hilfreich.

6.3 Beantwortung des Forschungsinteresses

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, Inhalte für ein berufsgruppenspezifisches e-Learning Programm zu formulieren. Dazu sollen sowohl Haltung, Wissen und Bedürfnisse unterschiedlicher Berufsgruppen im Hinblick auf die Themen Suizidalität und Suizid erfasst werden.

Hier allerdings wurden sowohl Betroffene als auch Angehörige befragt, welche Inhalte ihrer Meinung nach relevant sind, um sie an kritische Berufsgruppen zu vermitteln und somit zur Suizidprävention beizutragen. Die Inhalte, die sich daraus ergeben, lassen sich also als Input für e-Learning Programme unterschiedlicher Berufsgruppen verwenden.

Zusammenfassend lassen sich Themen identifizieren, die sich einerseits auf die Perspektive der Gatekeeper beziehen und was diese für einen besseren Umgang mit Suizidalität bzw. Suizid brauchen könnten und andererseits Themen, die die Betroffenen aus eigener Erfahrung als hilfreich für suizidale Personen selbst identifizieren.

So benötigen Gatekeeper in den Augen von Betroffenen und Angehörigen regelmäßige Schulungen und Standards, um einen professionellen und guten Umgang mit Suizidalität und Suizid zu gewährleisten. Medienvertreter*innen und Lehrer*innen werden hier bei-

spielsweise explizit angesprochen. Gemäß der Erfahrung der Teilnehmer*innen ist der Kontakt mit Suizid und Suizidalität häufig von Angst und Unsicherheit begleitet, weshalb psychohygienische Maßnahmen für Schlüsselberufe ebenfalls als sinnvoll erachtet werden. Als weiteres Subthema lassen sich hilfreiche und praktische Tipps für Gatekeeper zusammenfassen, die aus den Erfahrungen der Fokusgruppenteilnehmer*innen ergeben. Dazu gehören beispielsweise Unterschiede zwischen Stadt und Land im Kontext Suizid oder dass man leichter Kontakt zu einer suizidalen Person herstellen kann, wenn man gemeinsam mit einem Peer, also einer vertrauten Person, auftritt. Ein Wissensinhalt, der besonders häufig erwähnt wird ist der, dass man auch im Reden Erste Hilfe leisten kann.

Das Thema 2. *Was Betroffenen und Angehörigen hilft* greift das Forschungsinteresse aus Perspektive der suizidalen Personen selbst auf. Hier berichtet die Fokusgruppe aus eigener Erfahrung heraus, was ihnen geholfen, bzw. auch nicht geholfen hat. Zu letzterem gehören Bagatellisierung oder Belehrung seitens der Gatekeeper. Vielmehr benötigen suizidale Personen niederschwellige Kontaktangebote, viele sogar eine direkte Konfrontation vom Gegenüber, die zum Gespräch auffordert. Zusammenfassend aber Rahmenbedingungen, in denen sie auf kein Stigma treffen -dies gilt im Übrigen auch für Angehörige- und in denen individuelle Bedürfnisse aber auch die Ursachen von Suizid und Suizidalität bearbeitet werden können.

In e-Learning Programme einfließen müssten diese Inhalte einmal durch die Vermittlung von konkretem Wissen und Standards für die spezifischen Schlüsselberufe und durch interaktive Möglichkeiten zum Kompetenzerwerb in Gesprächsführung und psychohygienische Maßnahmen, um dadurch letztlich auch zur Entstigmatisierung seitens der Gatekeeper beizutragen.

6.4 Interpretation und Einordnung in den theoretischen Hintergrund

Besonders hervorstechend ist, dass in dieser Gruppe drei von vier Teilnehmer*innen mittlerweile selbst in der Suizidprävention tätig sind und sowohl mit Betroffenen als auch mit Gatekeepern zusammenarbeiten. Das legt den Rückschluss nahe, dass sie Präventionsarbeit wichtig finden, weil sie daran glauben, dass Suizid verhinderbar ist. Diese Erfahrung haben sie ja selbst gemacht. Diese Hypothese lässt sich gut in die *Theory of planned behavior* Ajzen (1985) und dem Selbstwirksamkeitserleben als wichtigstem Prädiktor für künftiges Handeln einfügen. Aus den Eindrücken ihrer persönlichen Betroffenheit aber auch dem anschließenden Engagement berichten sie Unbehagen und Stigmatisierung seitens der Gatekeeper im Kontext Suizid und Suizidalität und bestätigen damit bisherige Erkenntnisse (Kene et al., 2019; Cramer et al., 2019) und die Notwendigkeit, diesen Barrieren durch Schulungsmaßnahmen entgegenzuwirken.

Auch die indirekten Folgen von Suizid oder Suizidversuchen für die Angehörigen werden in dieser Fokusgruppe angesprochen, die sich nicht nur in Form von Stigmatisierung sondern auch durch psychische Folgeerkrankungen, sogar Suizidalität zeigen können. Dies macht deutlich, dass bei e-Learning Programmen zur Suizidprävention für Gatekeeper nicht ausschließlich der Umgang mit Betroffenen sondern auch der mit Angehörigen und eine entsprechende begleitende Versorgung statt lediglich Postvention für diese adressiert werden sollte.

Aus der Perspektive der Betroffenen und Angehörigen sind in Psychiatrien spezifische institutionelle Rahmenbedingungen gegeben, denen eine Knappheit an Ressourcen, wie beispielsweise Zeit und damit eine damit einhergehende geringe Kapazität für die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse im Patient*innenkontakt innewohnt. Auch damit bestätigt die Gruppe bisherige wissenschaftliche Erkenntnisse zum Thema (Berman & Silverman, 2020; Kene et al., 2019) und betont im Zuge dessen die Relevanz von Niederschwelligkeit innerhalb des Themas *Kontaktangebote*. Hier wird deutlich gemacht, wie wichtig es ist, dass suizidale Personen eine unmittelbare und sichere Anlaufstelle kennen, an die sie sich wenden können. Dazu gehören die Ziele des e-Learning Programmes bzw. in Line mit der Argumentation der WHO.

Wie eingangs erwähnt, legen Statistiken nahe, dass gerade in ländlicheren Gebieten Suizid weiter verbreitet ist (Helbich et al., 2017; Kapusta & Sonneck, 2012) als in urbanen Kontexten. Die Gruppe bestätigt diesen Eindruck, indem sie aus der persönlichen Erfahrung berichtet. Dieser Unterschied könne zum einen auf Sozialisierungsprozesse zurückzuführen sein: Am Land würde die Idee vom Suizid als möglichem Problemlöseversuch über die Generationen hinweg weitergegeben. Außerdem nehme die Anonymität der Stadt die Angst vor Stigmatisierung bei der Wahrnehmung von Unterstützungsmöglichkeiten. Dem explizit formulierten Bedarf an vermehrter Aufklärungsarbeit (für Gatekeeper) am Land, könnte man durch die Vorteile eines e-Learning Programmes (örtlichen Ungebundenheit) gut gerecht werden. Gleichzeitig ist es wichtig für Gatekeeper, zu wissen, dass Suizid bei Menschen aus ländlicheren Gebieten eine sozialisierungsbedingt andere Bedeutung hat.

Folgender Satz einer Teilnehmer*in, wirft eine neue Perspektive auf die möglichen Ursachen von fehlender Kompetenz von Gatekeepern im Umgang mit suizidalen Personen: „Deshalb ist es schade, wenn Lehrkräfte nicht die Supervisionsangebote in Anspruch nehmen, die sie hätten.“ (Transkript Betroffene, Pos. 90)

Dieser impliziert, dass die fehlende Kompetenz von Gatekeepern nicht ausschließlich aus einem Mangel an Angeboten im Kontext Suizidprävention resultiert, sondern darüber hinaus auch auf innerpsychische Ursachen seitens der Gatekeeper zurückzuführen sind.

Es ist anzunehmen, dass die Diskussion innerhalb der Gruppe, die rund um das Thema 2.4 *Ursachen von Suizidalität bearbeiten* entsteht, aus einem terminologischen Missverständnis resultiert. Und zwar insofern, dass hier Ursache im Sinne von etwas, das Suizidalität bedingt mit Begründung und Rechtfertigung, also der Fantasie davon, dass Betroffene ihre Emotionen legitimieren müssten, gleichgesetzt wird. Daraus lässt sich schließen, dass es schon wichtig ist, die Ursache für Suizidalität zu identifizieren und entsprechend zu bearbeiten. Allerdings sollten dabei keine Bewertungen vorgenommen werden darüber, ob etwas ein *guter* oder *kein Grund* für Suizidalität ist und Betroffene somit in eine Rechtfertigungsposition bringt.

6.5 Limitationen und Ausblick

Auch in dieser Fokusgruppe stellt die geringe Teilnehmer*innenzahl eine Limitation dar und deshalb sollten, um die Repräsentativität der Aussagen auszuweiten und die Validität zu erhöhen, weitere Fokusgruppen mit Betroffenen und Angehörigen durchgeführt werden.

Eine Stärke hingegen ist, dass die Teilnehmer*innen aus verschiedenen Teilen Österreichs kommen und somit eine regional breitere Perspektive von Erfahrungen mit Kontakten zu Gatekeepern, Betroffenen und Angehörigen möglich wird.

Es wäre außerdem interessant, den Umstand, dass alle drei Betroffenen mittlerweile selbst in der Suizidprävention tätig sind, die hinterbliebene Person allerdings nicht auf dessen Ursachen hin zu untersuchen. Ist die Tatsache, dass allen Betroffenen geholfen werden konnte ursächlich für den Glauben an Selbstwirksamkeit und daran, dass Suizidprävention helfen kann? Während die hinterbliebene Person diese Erfahrung eben nicht gemacht hat. Dies wäre wichtig für die Konzeption von Lerninhalten, als dass diese weiterhin darauf abzielen könnten, das Selbstwirksamkeitserleben von Teilnehmer*innen zu stärken. Oder ist die aktive Tätigkeit in der Suizidprävention eine Art Projektion, die Betroffenen in gewisser Weise hilft, ihre eigenen suizidalen Anteile abzuwehren und damit besser im Griff zu haben?

In jedem Fall aber weist dieser Umstand auf einen Unterschied zwischen Betroffenen und Angehörigen hin, der sich vielleicht auch im geringen Redeanteil der angehörigen Person fortsetzt. Ich möchte hier auf den Begriff der *Bildungshomogenität* verweisen, der von Merton et al. (1956) eingeführt und durch Przyborski & Wohlrab-Sahrs (2021) Empfehlung für eine homogene Gruppenzusammensetzung bei fokussierten Interviews bestätigt wird. Und möchte die Hypothese aufstellen, dass es keine *Erfahrungshomogenität* von Betroffenen und Angehörigen im Hinblick auf Suizid und Suizidalität gibt. Dementsprechend

sollten künftige Untersuchungen Betroffene und Angehörige und deren Erfahrung im Hinblick auf Suizid und Suizidalität getrennt voneinander untersuchen.

Was zudem weiterhin untersucht werden sollte ist die Lücke, die zwischen angeboten und tatsächlich wahrgenommenen Unterstützungsprogrammen in der Suizidprävention für Gatekeeper klafft und wie diese entsteht. Die Betroffenen und Angehörigen in dieser Gruppe formulieren psychohygienischen Bedarf bei Gatekeepern. Gleichzeitig wurde die praktische Erfahrung gemacht, dass beispielsweise Supervisionen nicht angenommen werden. Wieso ist das so? Hat dies etwas mit innerpsychischen Prozessen bei Gatekeepern zu tun? Die Ursachen hierfür gilt es unbedingt näher zu evaluieren, denn es kann gut sein, dass ein kausaler Zusammenhang zwischen fehlendem Angebot und der fehlenden Teilnahme an Angeboten gegeben ist. Und dass sich beides gegenseitig in eine Abwärtsspirale bedingt.

Auch die Frage, ob ein e-Learning Programm dann überhaupt genutzt würde, welche Barrieren Gatekeeper an dessen Nutzung hindern und wie diese umgangen werden könnten, wie die Kommunikation zur Zielgruppe aussehen müsste, damit diese das Angebot nutzt, steht damit für ELLIPSE im Raum.

7. Fokusgruppe Rettungssanitäter*innen

Das zugrundeliegende Transkript befindet sich im Anhang K.

7.1 Beschreibung der Stichprobe

Über die Leitstellen für Öffentlichkeitsarbeit wurden sowohl beim Roten Kreuz als auch beim Grünen Kreuz die Flyer für die Fokusgruppe an leitende Mitglieder der Kriseninterventionsteams ausgesendet, die wiederum versuchten Kolleg*innen persönlich zu akquirieren. Nach kurzfristiger Absage, nahmen in dieser Gruppe drei Rettungssanitäter*innen teil, von denen zwei im Kriseninterventionsteam tätig sind. Die geringe Teilnehmer*innenanzahl stellt eine Limitation dar, dennoch entschied sich die Projektleitung zur Durchführung.

7.2 Ergebnisse Rettungssanitäter*innen

Aus der Fokusgruppe mit den Rettungskräften lassen sich zwei große Themen ableiten. Im Folgenden werden 1. *Bedürfnisse von Rettungskräften im Umgang mit Suizidalität* besprochen und anschließend ein Blick auf die Berufspraxis und den dort vorherrschenden realen 2. *Umgang mit Suizidalität* geworfen. Beide Themen gliedern sich wiederum in mehrere Subthemen.

Abbildung 4

Themen und codierte Segmente Rettungssanitäter*innen

Thema	Anzahl codierte Segmente
1. Bedürfnisse von Rettungskräften im Umgang mit Suizidalität	46
1.1 Gefährdung erkennen	5
1.2 Gesprächsführung	11
1.3 Gleichstellung in der Ausbildung	12
1.4 Psychiatrisches Fachwissen	4
1.5 Protektive Faktoren	14
2. Umgang mit Suizidalität	38
2.1 Folgen von Unwissenheit und Überforderung	5
2.2 Konfliktsituationen im Kontext Suizidalität	3
2.3 Interventionsstellen im österreichischen Rettungsdienst	5
2.4 Institutionelle Infrastruktur	8
2.5 Umgang mit Suizid	3
2.6 Persönliche Erfahrungen	7
2.7 Sanitäter*innen als Risikogruppe	7
Codierte Segmente gesamt	84

1. Bedürfnisse

Als Bedürfnisse von Rettungssanitäter*innen im Hinblick auf den Umgang mit Suizidalität lassen sich *Gefährdung erkennen*; *Gesprächsführung*; *Gleichstellung in der Ausbildung*; *Psychiatrisches Fachwissen* und *Protektive Faktoren identifizieren*.

1.1 Gefährdung erkennen. Zwei Teilnehmer*innen machen deutlich, dass es als Rettungssanitäter*in wichtig ist, Suizidalität erkennen zu können. So zum Beispiel: „Also ich muss Suizidalität irgendwo erkennen können, wenn mir das entgegenschlägt.“ (Transkript Rettungssanitäter*innen, Pos. 6)

Die Einschätzung darüber, ob jemand selbst- oder fremdgefährdend ist, sei ausschlaggebend dafür, ob bei fehlender Kooperation die Exekutive hinzugezogen wird. Die Rettungssanitäter*innen teilen ihre Erfahrung, dass Patient*innen sich häufig weigern auf

die Psychiatrie zu fahren. Identifiziere man eine solche Person dann als nicht selbst- oder fremdgefährdend, gehe man ein Risiko ein:

Wenn wir mal vor Ort sind bleibt uns nur die Möglichkeit, es wird ein Revers unterschrieben, sprich ein Patient sagt von sich, er bleibt daheim, wenn er nicht selbst- oder fremdgefährdend ist. Das ist natürlich immer schwer einzuschätzen. In solchen Fällen kann man eigentlich niemandem raten, das ist diese/ ähm dass er das auf sich nimmt, dass er die Verantwortung übernimmt. (Transkript Rettungssanitäter*innen, Pos. 65)

1.2 Gesprächsführung. Alle Teilnehmer*innen weisen darauf hin, wie wichtig es für den besseren Umgang mit suizidalen Patient*innen wäre Gesprächssituationen zu *simulieren*, *Rollenspiele/ Fallbeispiele* durchzuführen, um Kontakt und *Beziehungsaufbau* zu üben. Besonders weil Sanitäter*innen in der Versorgung dieser Patient*innen die kritische Transit-Rolle (Transkript Rettungssanitäter*innen, Pos. 58) zukommt und eine gute Beziehung als förderlich für die Freiwilligkeit der Behandlung erachtet wird (Transkript Rettungssanitäter*innen, Pos. 64).

Es wird explizit kritisiert, dass Gesprächsführung (mit suizidalen Personen) kein Thema in der Sanitäter*innenausbildung in Österreich ist: „...das ist dann die Schwierigkeit, auf die man nicht vorbereitet wird. Überhaupt nicht. Und da gibt's auch nach der Sanitäterausbildung keine Fortbildung. Überhaupt nichts.“ (Pos. 78)

In den Gesprächen an sich, erachten sie es anhand ihrer Erfahrung als hilfreich und sinnvoll, sich Zeit zu nehmen und Akzeptanz zu zeigen. Ein*e Teilnehmer*in überlegt hierzu: „...hm dass es das unter Umständen auch ein bisschen besser macht, wenn sie sich zumindest auch gehört fühlen.“ (Transkript Rettungssanitäter*innen, Pos. 46)

Auch eigene Gedanken zur Situation zu äußern kann sich positiv auf den Kontakt auswirken: „...dass man das nicht lösen jetzt kann aber dass man da bleibt und darüber spricht, und dass man versucht eine Lösung zusammen zu finden.“ (Transkript Rettungssanitäter*innen, Pos. 48) All das vermittele eine *gewisse Haltung des Ernstnehmens*. Als befremdlich hingegen erleben die Teilnehmer*innen Checklisten:

Aber ansonsten/ Es gibt keine Checkliste und ich bin auch nicht so der Riesenfreund von Checklisten, weil das auch so was Entmenschlichendes ist. Also wenn ich in die Psychiatrie damit, mit suizidgefährdeten Patienten/ Es stößt mir so auf, wenn dann jemand nur mehr da sitzt mit seiner Liste und fragt, diese Fragen ab. „Wissen Sie schon wie Sie es machen würden, haben Sie schon einen konkreten Plan?“ Und ich merke einfach, da ist null Interesse am Mensch an sich, sondern der muss halt gerade die Liste abarbeiten. Und so was als Standard finde ich bäh. Also ich muss die Liste/ Ich kann das ja gleiche aber irgendwie ein bisschen menschlicher auch transportieren. (Transkript Rettungssanitäter*innen, Pos. 90)

1.3 Gleichstellung in der Ausbildung. Alle drei Teilnehmer*innen sind sich einig, dass psychiatrische Erkrankungen innerhalb der Rettungssanitäter*innen-Ausbildung zu wenig thematisiert werden und dass es grundlegend eine *professionelle Befassung* mit dem Thema braucht. Ein*e Teilnehmer*in schätzt „...und das sind innerhalb von hundert Stunden Theorie zwei Stunden circa. Katastrophal.“ (Transkript Rettungssanitäter*innen, Pos. 10)

Eine andere Sanitäter*in äußert: „Da kann ich den beiden Kollegen nur Recht geben: Es braucht eine organisiertere professionellere Befassung mit dem Thema.“ (Transkript Rettungssanitäter*innen, Pos. 16)

Dies beginne bereits damit, dass die Lehrsanitäter*innen keine entsprechende Schulung für den Umgang mit psychiatrischen Erkrankungen hätten, sich das im Selbststudium aneignen müssten. Ein*e Teilnehmer*in berichtet:

Das machen halt einfach Leute, die das halt einfach machen, weil sie es machen müssen und nicht weil sie es können oder dazu geschult sind. Das ist glaube ich eines der Dinge, ich kenne das von einem Kollegen, der hat immer gesagt „Mach Du das bitte, mit dem Thema kenne ich mich selber nicht so gut aus. Komm Du in meine Klasse und Du unterrichtest.“ (Transkript Rettungssanitäter*innen, Pos. 35)

So wie die Schaufeltrage zum Bergen von Unfallopfern regelmäßig geübt würde, wünschen sich die Teilnehmer*innen auch entsprechende Übungen zur Krisenintervention.

Sie weisen hierbei deutlich auf eine *Theorie-Praxis-Spalte* hin: Während das Thema in der Ausbildung kaum eine Rolle spiele, führen Sanitäter*innen „...wahrscheinlich öfter zu jemandem mit einer Panikattacke als zu irgendwelchen psychiatrischen Situationen“ (Transkript Rettungssanitäter*innen, Pos. 78)

1.4 Psychiatrisches Fachwissen. Konkurrent mit dem Bedürfnis nach der Gleichstellung von psychiatrischen Themen in der Ausbildung, geben alle Teilnehmer*innen an, sie wünschen sich mehr entsprechendes Fachwissen. Besonders im Hinblick auf ein potenzielles e-Learning Programm für Rettungssanitäter*innen wird geäußert: „Ja, ich glaube auch, dass das ein ganz wichtiger Punkt ist. Dass man da Fakten bekommt, dass man Wissen bekommt.“ (Transkript Rettungssanitäter*innen, Pos. 113)

1.5 Protektive Faktoren. Als weiteres Bedürfnis für einen guten bzw. besseren Umgang mit Suizid und Suizidalität lassen sich gewisse *protektiven Faktoren für die Psyche* von Rettungssanitäter*innen identifizieren.

Zwei Teilnehmer*innen sprechen den Stellenwert des Teams an, mit dem man zu Einsätzen fährt. So rät ein*e Teilnehmer*in:

Fahre im Team mit Menschen, die du kennst, die du magst, denen du vertraust. Fahr nicht mit unbekannten Neuen. Also ja man kann nicht immer mit den zwei selben Leuten fahren aber mir hat am meisten geholfen, wenn ich nachher offen reden konnte, nach einer Reanimation oder nach einem psychisch belastenden Einsatz, oder einem, wo es eben um Suizidalität ging. Wo ich wirklich offen sagen konnte ‚Boah, das war hart, wie geht es euch? Ich glaube, ich kann jetzt gar nicht schlafen richtig‘.“ (Transkript Rettungssanitäter*innen, Pos. 94)

Eine *gute Teamführung* und *Teambuilding* sollten entsprechende Maßnahmen sein, um den *Zusammenhalt* insofern zu fördern, als dass er eben diese protektive Rolle erfüllt.

Belastung von Kolleg*innen besser erkennen zu können, lässt sich als ein weiteres Bedürfnis in diesem Zusammenhang identifizieren. So schildert ein*e Teilnehmer*in ihre Beobachtung:

Was ich auch ganz arg finde ist bei ähm, das kriege ich immer häufiger mit, das erzählen mir dann Kollegen, die einen argen Einsatz gehabt haben dann. Und da hörst du schon raus, dass es dem Dritten, der da im Auto war, dass es dem nicht gut geht. Und die, die dabei waren, die mir das erzählen, die kommen gar nicht auf die Idee, dass es dem Dritten nicht gut geht. Die sagen dann „Naja, der hat ein bisschen geschluckt und war dann auch nachher ein bisschen ruhig“, aber die kommen gar nicht auf die Idee, dass der irgendwie das nicht verarbeiten kann und dass der Hilfe braucht dabei. (Transkript Rettungssanitäter*innen, Pos. 102)

Auch die *Erfahrung* wird von zwei Teilnehmer*innen als protektiver Faktor für die eigene Psyche angesprochen. So sei der Rettungsdienst mit dem Problem konfrontiert, dass junge Menschen einen *Großteil der Sanis* ausmachen, die „Gott sei Dank null große Krisen“ (Transkript Rettungssanitäter*innen, Pos. 72) gehabt haben, deshalb aber mit entsprechenden Situationen überfordert seien. Gemischte Teams, was Alter und Geschlecht betrifft wären eine mögliche Lösung, die genannt aber als unrealistisch eingeschätzt wird (Transkript Rettungssanitäter*innen, Pos. 74) um einen *irre wichtigen* Erfahrungsaustausch zu gewährleisten (Transkript Rettungssanitäter*innen, Pos. 113).

Die besondere Notwendigkeit von Reflexion bzw. Supervision im Rettungsdienst wird von zwei Teilnehmer*innen angesprochen. Nachbesprechungen müssten „...normaler werden und auch von der Organisation also organisatorisch verlangt.“ (Transkript Rettungssanitäter*innen, Pos. 95)

Neben dem Erfahrungsaustausch bräuchte es vermehrt (verpflichtende) Supervisionsangebote. Bisher sei es „...absolut den Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern überlassen, ob er jetzt was nachbespricht oder nicht.“ (Transkript Rettungssanitäter*innen, Pos 97)

Besonders die „Call-Taker“ werden hier in ihrer Belastung gesehen, wenn sie Kolleg*innen zu Einsätzen schicken müssen, bei denen sie wissen es wird gefährlich. Damit all diese Maßnahmen besser gelingen können, meint ein*e Teilnehmer*in, es sollte ein klareres Bild vermittelt werden von

...Einsatzorganisationen und Mitarbeitern dort. Also es ist nicht immer der Held dort. Also Helden haben auch Sorgen, Helden haben auch Gefühle, Helden dürfen auch weinen, wurscht ob das jetzt Männer oder Frauen sind, darüber sollten wir schon hinweg sein. Aber so grundsätzlich: Das ist eine Arbeit und eine Arbeit macht was mit einem und das ist eine Arbeit die auch psychisch viel mit einem macht. (Transkript Rettungssanitäter*innen, Pos. 114)

Ein weiterer Punkt, der angesprochen wird ist, dass auch die Einsatzorganisation selbst ein klares Bild davon vermitteln müsste, dass der Beruf nicht nur Elemente beinhaltet, die Sanitäter*innen in eine heroisierte Position bringen sondern eben auch solche, die deren psychische Stabilität herausfordern.

Und was mir auch noch ein bisschen einfällt so als kleiner Punkt ähm, ein klareres Bild vermittelt von Einsatzorganisationen und Mitarbeitern dort. Also es ist nicht immer der Held dort. Also Helden haben auch Sorgen, Helden haben auch Gefühle, Helden dürfen auch weinen, wurscht ob das jetzt Männer oder Frauen sind, darüber sollten wir schon hinweg sein. Aber so grundsätzlich: Das ist eine Arbeit und eine Arbeit macht was mit einem und das ist eine Arbeit, die auch psychisch viel mit einem macht. Also man gibt viel her und nimmt auch ganz viel auf. Und einfach dieses/ Es sind nicht die Helden in rot und blau. Und die Feuerwehr ist nicht wieder der Held in einer andere (Farbe). Sondern es ist eine berufliche Tätigkeit und die verlangt einem ganz schön viel ab. Und das kann man nicht einfach abstreifen. Und wie soll ich sagen, das Image dahingehend auch ein bisschen zu korrigieren und ein bisschen zu schärfen. Das Profil ein bisschen zu schärfen, dass das ein sozialer Beruf ist und dass man dazu wirklich/ Die Menschlichkeit ganz groß, dass die im Fokus steht und nicht, das Checkersein und mit Blaulicht cool sein. Gerade auch bei jungen Leuten, weil das ist in Wirklichkeit nur ganz wenig, wo man das ausleben und befriedigen kann. Es ist in Wirklichkeit ganz, ganz viel anderer ähm, ja. (Transkript Rettungssanitäter*innen, Pos. 114)

2. Umgang mit Suizidalität

Das zweite große Thema in der Fokusgruppe der Rettungssanitäter*innen ist der reale Umgang mit Suizidalität und Suizid im beruflichen Alltag. Darunter fallen *Folgen von Unwissen und Überforderung; Konfliktsituationen im Kontext Suizidalität; Interventionsstellen im österreichischen Rettungsdienst; Institutionelle Infrastruktur; Umgang mit Suizid und Persönliche Erfahrungen*.

2.1 Folgen von Unwissenheit und Überforderung. Eine der Folgen von Unkenntnis und Überforderung ist, dass im Kontakt zu Patient*innen deren Sorgen häufig bagatellisiert werden und keine förderliche Kommunikation stattfinden kann. Die Teilnehmer*innen führen Beispiele von *Verlegenheitssätzen* an: „Naja und jetzt wird es ja wärmer und die Sonne scheint“ (Transkript Rettungssanitäter*innen, Pos. 16), „Naja, es wird schon nicht so schlimm sein“ oder „Naja, es scheint draußen die Sonne, es gibt sicherlich etwas Schönes in Ihrem Leben“ (Transkript Rettungssanitäter*innen, Pos. 55). Einer meint. Dies könne dazu führen, dass Patient*innen *grantig* werden oder die Situation eskaliert (Transkript Rettungssanitäter*innen, Pos. 12).

Gerade bei jungen Kolleg*innen seien dies Schwierigkeiten, die unter anderem dazu führen könne, dass eine hohe Fluktuation herrsche. So überlegt ein*e Teilnehmer*in: Also ich bin mir sicher, dass es da sehr viele junge Kolleginnen und Kollegen gibt, wenn man auf die nicht schaut, dass es plötzlich weniger werden, die ziehen sich zurück. Ich glaube tatsächlich, dass die aus der Organisation gehen dann. Ich glaube, die zeihen sich relativ rasch/ puff verschwinden. Da gibt's bei uns nicht so ein Management, wo man sich anschaut, wann gehen Leute, warum gehen Leute. Das sind oft top motivierte Leute, die monatelang ständig fahren, die Nächte machen, wo man sich denkt „Na haben die kein zu Hause?“ Und dann plötzlich, puff, sind die aus den Dienstlisten verschwunden. Ich könnte mir denken, es könnte auch damit zusammenhängen, dass die/ Ja, sich dann abwenden und quasi an dem kiefeln, wie man so sagt, an dem zu knabbern haben und möglicherweise dann nicht mehr das ausüben können, mit der Leichtigkeit. Und sich dann abmelden, wenn es ihnen nicht gut geht. (Transkript Rettungssanitäter*innen, Pos. 94)

2.2 Konfliktsituationen im Kontext Suizidalität. Die Teilnehmer*innen beschreiben, wie schwer es manchmal sei, Patient*innen, die suizidal sind dazu zu bringen, freiwillig mit auf die Psychiatrie zu fahren. Bei Einsätzen mit physischen Gebrechen sei klar, wohin man fahren würde. Im Hinblick auf die Psychiatrie müssten Rettungssanitäter*innen aber häufig „Das Image der Psychiatrie aufpolieren.“ (Transkript Rettungssanitäter*innen, Pos. 58). Außerdem seien die Kapazitäten auf den Psychiatrien knapp: Letztlich bleibt bei Weigerung und gleichzeitiger Gefährdung nur die Option, die Polizei hinzuzuziehen: „Viele willigen ja gar nicht ein. ‚Ja ich gehe ja nicht in eine Psychiatrie‘. Ja, was macht macht sie dann? Dann muss sie entscheiden, ist er fremdgefährdend oder selbstgefährdend, dann muss sie die Exekutive hinzuziehen.“ (Transkript Rettungssanitäter*innen, Pos. 54)

2.3 Interventionsstellen im österreichischen Rettungsdienst. Konkret gibt es im österreichischen Rettungsdienst zwei Interventionsstellen: Einmal das Kriseninterventionsteam für Angehörige und das Peer-Team für die Einsatzkräfte. Das Kriseninterventionsteam gibt es „...auf den Krisenstellen in allen Bundesländern. Das sind Kolleginnen und Kollegen, die eine zusätzliche Ausbildung haben und Klientinnen und Klienten nach plötzlichen Todesfällen, Verkehrsunfällen, oder bei Suiziden die Hinterbliebenen dann betreuen.“ (Transkript Rettungssanitäter*innen, Pos. 23)

Allerdings betreut das Kriseninterventionsteam nur Hinterbliebene und Zeugen. Das Peer-System hingegen ist ein Kolleg*innenhilfssystem, angelehnt an das der Österreichischen Feuerwehr. Peers sind einerseits vor Ort- im Raum Salzburg aber bereits über eine Hotline erreichbar. Zwei Teilnehmer*innen betonen, dass der Vorteil des Peer Systems darin liegt, dass die Kolleg*innen im Peer-Team Hilfe aus dem *Nahbereich böten*. Ein*e Teilnehmer*in hierzu:

Und der auch Erfahrung in dem Ding hat. Wenn du mit irgendwem besprechen sollst, was belastet dich an einem Einsatz und dann musst du erst mal erklären, wie läuft ein Einsatz überhaupt ab, dann kann der Profi sein, in dem was er tut. Psychotherapie. Aber quasi bis der in der Situation ist/ Darum ist das Peersystem. (Transkript Rettungssanitäter*innen, Pos. 94)

2.4 Institutionelle Infrastruktur. Wie bereits an anderer Stelle erwähnt, haben Rettungssanitäter*innen so etwas wie eine Transit-Rolle. Das heißt, sie bringen (suizidale) Patient*innen an einen Ort, an dem sie entsprechende Unterstützung erhalten sollen. Dabei sei es wichtig, zu wissen, an wen man die Patient*innen übergebe (Transkript Rettungssanitäter*innen, Pos. 6).

Professionelle Hilfe, also der nächste Schritt ist dann eben entweder die Psychiatrie oder wenn bei vorliegender Gefährdung keine Einwilligung besteht, das Hinzuziehen der Exekutive:

Müssen wir, wenn jemand suizidal ist. Müssen wir. Also wenn jemand selbst- oder fremdgefährdend ist, wir also sozusagen, können ja niemanden körperlich oder mit, ja wie heißt das im Polizeijargon mit Körperkraft zurückhalten. Weder mit etwas sich anzutun noch wen anderen anzugreifen. Das ist nicht unsere Sache. Wir sind für eine medizinische Erstversorgung oder Grundversorgung oder den Transport ins Krankenhaus zuständig. (Transkript Rettungssanitäter*innen, Pos. 85)

Hingegen vielleicht der Annahme, dass man hier das Kriseninterventionsteam einschalte, was ein*e Teilnehmer*in vorschlägt, stellt ein*e andere*r klar:

...das ist der riesige Knackpunkt im Rettungsdienst Österreich. Hier kommt nämlich ganz klar nicht das Kriseninterventionsteam. In dem Fall ganz klar: X fährt mit dem Rettungswagen zu einem Patienten, zu einer Patientin, die äußert dort ganz klar ‚Es ist alles furchtbar, es ist alles schlecht, ich will nicht mehr, aus.‘ Dann kann die X nicht das Kriseninterventionsteam nachfordern, sondern es muss...Wir betreuen beim Kriseninterventionsteam nie einen psychisch ähm Erkrankten oder einen suizidalen Patienten. Das heißt, ihr bleibt nur die einzige Chance, dass sie mit diesem Patienten im Gespräch soweit kommt, dass sie in eine Klinik fahren. (Transkript Rettungssanitäter*innen, Pos. 54)

2.5 Umgang mit Suizid. Während der Umgang mit suizidalen Patient*innen eine große Herausforderung für die Rettungssanitäter*innen darstellt, scheint der vollzogene Suizid („K7“) *klar geregelt*: „Ja aber also bei einem vollzogenen Suizid, wenn jemand tot vor dir liegt, dann hast du ja als Sanitäter irgendwie wieder ein Handlungsschema, auf das du zurückgreifen kannst.“ (Transkript Rettungssanitäter*innen, Pos. 78). Hier finde ein Notfallcheck statt, bei dem die Lebenszeichen geprüft werden. Seien keine vorhanden, würde es „relativ schnell entmenslicht.“ (Transkript Rettungssanitäter*innen, Pos. 76)

2.6 Persönliche Erfahrungen. Die Einsatzkräfte erzählen im Gespräch auch von ihren eigenen Berufserfahrungen. Zwei von ihnen arbeiten im Kriseninterventionsteam und haben entsprechende Fortbildungen gemacht. Trotzdem sei der Kontakt mit suizidalen Äußerungen zu Beginn der Berufsausübung eine große Herausforderung gewesen. Suizidalität sei besonders im Kontakt mit älteren Menschen Thema, betonen alle drei Teilnehmer*innen. Einer spricht sogar über Fragen an die persönliche Ethik, die in diesem Zuge aufgeworfen werden:

Weil es kommt dann ja eh wieder, Suizidalitätsstatistik, gerade von älteren Personen, die man dann aus dem Altenheim holt „Warum machen Sie das überhaupt? Warum bringen Sie mich ins Krankenhaus? Bitte lassen Sie mich doch einfach sterben!“. Solche Situationen/ hm (überlegend) ist man dann auch/ Stellt man sich auch im Nachhinein die Frage, warum macht man das überhaupt. Warum darfst Du da eigentlich nicht sterben? Das ist eine berechnete Frage. (Transkript Rettungssanitäter*innen, Pos. 10)

Es gäbe aber im Kontext Suizidalität auch immer mehr jüngere Menschen mit psychiatrischen Problemen (Panikattacken, Depression, impulsivem und aggressivem Verhalten), die zudem häufig intoxikiert sind und dementsprechend eine große Herausforderung darstellen:

Überhaupt bei Jugendlichen ist es extrem zu. Also was ich wirklich oft in letzter Zeit gefahren bin, bei gewaltbereiten Jugendlichen, die sagen sie tun sich etwas an. Sich in irgendeinem Raum einschließen, mit einem Messer drin, wobei sie eh schon in einschlägigen WGs wohnen, wo die Betreuer einfach an ihren Grenzen sind. Das finde ich arg, weil die Betreuer kennen die am besten. Dann kommt die Polizei, die ist nicht immer deseskalierend. Dann muss die Tür aufgebrochen werden, dann kriegst du keine Beziehung mehr zu denen hin. Also auf so was wirst du nicht vorbereitet. (Transkript Rettungssanitäter*innen, Pos. 80)

2.7 Sanitäter*innen als Risikogruppe. Alle Teilnehmer*innen sprechen auch über die Belastung der Rettungssanitäter*innen durch die berufliche Tätigkeit. Es ist von Überforderung die Rede, von Schwierigkeiten die Einsätze zu verarbeiten oder aber auch inneren Konfliktsituationen, die durch die berufliche Aufgabe entstehen. So führen zwei Teilnehmer*innen aus:

P1: „Das muss man sich vorstellen, diese Anrufe. Die Call-Taker. Die Leute am Notruf, was man da mitbekommt. Und dann aber noch anleiten muss für eine Reanimation oder anleiten muss, wenn man hört, es geht um Gewalt. Anleiten muss, wie man sich sozusagen wohin retten und ein-sperrt und man hört, dass da wer-

P2: Ja auch die Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter, also deine Kollegen schickst du dann da hin und weißt, der hat grad irgendwie eine Knarre und weißt aber nicht/ Also die Infos sind von überall her. Also wir haben letzstens auch so einen Einsatz nachbesprochen gehabt.“ (Transkript Rettungssanitäter*innen, Pos. 100-101).

7.3 Beantwortung der Forschungsinteresses

Suizidalität ist Thema im beruflichen Alltag des Rettungsdienstes. Alle teilnehmenden Einsatzkräfte hatten bereits persönliche Erfahrungen mit entsprechenden Patient*innen oder Äußerungen, verzeichnen sogar vor allem in der jüngeren Generation einen Anstieg psychiatrischer Krankheitsbilder.

Deutlich wird dementsprechend vor allem der Wunsch nach Professionalisierung der Lehre und inhaltlicher Gleichstellung von physischen und psychischen Gebrechen. Die berufliche Praxis bildet diese zwar ganz real ab, übersteigt sogar in der Häufigkeit die Einsätze, die aufgrund von physischen Gebrechen *gefahren* werden, psychische Leiden sind allerdings kaum bzw. kein Thema während der Ausbildung und dementsprechend auch unter den Einsatzkräften weitläufig stigmatisiert. Von einhundert Theoriestunden sind es insgesamt zwei, die in der Ausbildung für Themen, die psychische Gesundheit betreffen, aufgewendet werden. Diese *Theorie-Praxis-Spalte*, wie sie im Gespräch bezeichnet wird, zieht sich bis in die Interventionsstellen innerhalb des österreichischen Rettungsdienstes: Es gibt zwar Kriseninterventionsteams, diese sind aber ausschließlich für Angehörige und Hinterbliebene und nicht für die Gesprächsführung mit suizidalen Patient*innen eingerichtet. Supervisorische Angebote bei Belastung von Sanitäter*innen selbst gibt es in Form eines

Peer-Teams, also Helfer*innen aus dem Kollegium. Diese Unterstützung aus dem Nahbereich wird als hilfreich erachtet, geht sogar proaktiv auf Mitarbeiter*innen zu, ist allerdings nicht obligat. Reflexionsmöglichkeiten oder eine institutionalisierte Nachbesprechung zu Einsätzen und der damit einhergehenden persönlichen Belastung werden aufgrund von Stigmatisierung und fehlendem eigenen, sowie auch strukturellem Bewusstsein nicht genutzt oder umgesetzt.

Dieser institutionelle Neglect rund um Suizidalität und grundlegend psychische Belastungen, der vor allem zu Unwissen und Überforderung bei vielen - vor allem jungen - Kolleg*innen führt, äußert sich im Kontakt zu Patient*innen durch Bagatellisierung psychischer Leiden oder aber fehlender Klarheit in Konfliktsituationen im Kontext Suizidalität. Besonders wenn Weigerung zur Kooperation und zur Fahrt auf die Psychiatrie durch suizidale Patient*innen vorliegen und Sanitäter*innen eine Gefährdungseinschätzung vornehmen und gegebenenfalls die Exekutive hinzuziehen müssen. Die Kombination aus strukturell bedingt fehlendem Wissen und mangelhafter Professionalisierung, Stigmatisierung und nicht wahrgenommenen super-/intervisorischen Angeboten, die in hoher psychischer Belastung gipfeln, zeigen sich in den Augen der Fokusgruppe durch die hohe Fluktuation von Rettungsdienstmitarbeiter*innen. Ein vollzogener Suizid wird als K7 - Todesfall - gehandelt. Für den Umgang damit gibt es klare Anweisungen und Handlungsschemata, die Teil der Ausbildung sind. Die Ergebnisse legen an dieser Stelle die Vermutung nahe, dass also Suizid und Suizidalität unterschiedliche Stimuli darstellen.

Im Hinblick auf den Inhalt eines e-Learning Programms bedeuten die Ergebnisse also, dass dieses Rettungssanitäter*innen in folgenden Punkten unterstützen sollte:

Gefährdung besser einschätzen und erkennen zu können, Gesprächsführung mit suizidalen Patient*innen und Angehörigen zu üben und einen Einblick in psychiatrisches Fachwissen vermittelt zu bekommen. Außerdem wird das Bedürfnis nach Austausch in Form von Intervention und Supervision, im Besonderen aber eine Sensibilisierung dieser Gatekeepergruppe auf das Thema evident.

All diese Punkte lassen sich durch ein Programm mit interaktiven Elementen unterstützen.

Auf organisationsbezogene Veränderungswünsche, wie beispielsweise die ausgewogene Zusammensetzung der Teams aus jungen und erfahrenen Kolleg*innen, kann ein e-Learning allerdings keinen direkten Einfluss haben. Auch andere strukturelle Bedürfnisse, wie die Gleichstellung psychiatrischer Themen innerhalb der Ausbildung von Rettungssanitäter*innen bleiben davon unberührt. Diese können allenfalls durch eine erhöhte Aufmerksamkeit in der Politik und Öffentlichkeit oder aber im Rettungsdienst selbst in weiterer Folge angestoßen werden. Letzteres hat ELLIPSE im weitesten Sinne ebenfalls zum Ziel.

7.4 Einbettung in den theoretischen Hintergrund und Interpretation

Ähnlich wie in anderen Schlüsselberufen wird auch hier deutlich, dass Suizidalität und der professionelle Umgang damit während der Ausbildung kaum bis überhaupt nicht behandelt werden (Kene et al., 2019). Dies weist allerdings vor allem auf ein strukturelles Defizit hin, das zur Aufrechterhaltung von Stigmatisierung psychiatrischer Krankheitsbilder, unter anderem Suizidalität, beiträgt. Während es gemäß den Aussagen der Teilnehmer*innen zwar genügend Praxisbezug und ganz klar Kontakt zur Risikogruppe, also auch Übungsmöglichkeiten zur Gesprächsführung und eindeutig die Notwendigkeit von professioneller Schulung und Ausbildung gibt, verhindert die strukturell bedingt fehlende Vermittlung von Fachkenntnis überhaupt ein adäquates Bewusstsein. Damit bestärkt die vorliegende Arbeit bisherige Forschung, die besagt, dass Gatekeeper regelmäßig mit suizidalen Personen in Kontakt kommen (Ahmedani et al., 2014) und dementsprechend Einfluss auf den Verlauf dieser Suizidalität nehmen könnten, wenn sie adäquat geschult wären.

Geschildert wird durch die Fokusgruppe eine *Firmenkultur* in der Psyche und innere Dynamiken ignoriert oder abgewehrt werden oder in der zumindest ausschließlich ein sehr technisiertes, fast mechanistisches Mitarbeiter*innenbild herrscht. Denn wie sonst lässt es sich erklären, dass es keine ausreichende Schulung zu Aufgaben gibt, die den größten Teil des Arbeitsalltags von Sanitäter*innen ausmachen oder eben keine verpflichtenden Supervisionen für Mitarbeiter*innen stattfinden? Die Tatsache, dass die Fokusgruppe nicht nur Patient*innen, sondern auch Sanitäter*innen als Risikogruppe denken kann, und die hohe Fluktuation deuten zumindest auf belastende Arbeitsinhalte hin. Auch die Fülle an Zitaten in der Ergebnisdarstellung und die Informationsdichte, die dem zugrundeliegt, könnten ein Hinweis auf die besondere Bedürftigkeit und Deprivation von Sanitäter*innen im Hinblick auf das Thema sein.

Das wirft vor allem für die Einführung eines freiwilligen e-Learning Programmes zur Suizidprävention folgende Frage auf: Ist der Neglect von Themen, die psychische Gesundheit betreffen, ausschließlich organisationsgemacht? Oder entspricht das Verdrängen innerer Dynamiken auch den Persönlichkeitseigenschaften von Personen, die einer solchen Tätigkeit nachgehen?

Im Falle von letzterem, müsste somit zunächst überhaupt erst einmal eine Sensibilisierung auf das Thema erreicht werden, um so die Bereitschaft und einen Bedarf für die Nutzung eines e-Learnings zu schaffen.

Ausgehend vom Transkript lässt sich außerdem die Hypothese aufstellen, dass die Tätigkeit als Rettungssanitäter*in so belastend ist, dass die Ängste und Gefühle, die dadurch sowohl bei Einsatzorganisationen als auch bei den Mitarbeite*innen entstehen,

kollektiv durch Ignoranz und Heroisierung abgewehrt werden müssen. Anders scheinen sie nicht zu bewältigen zu sein. Auch hierfür könnte die Informationsdichte im Text ein Hinweis sein. So lange dies aber eine Hürde darstellt, ist fraglich, ob ein e-Learning Programm einen (kompensatorischen) Effekt haben kann.

Was die Gruppe in weiterer Folge bestätigt sind institutionelle Hürden, wie bereits in der Einführung nach Kene et al. (2019) beschrieben. Das bloße Abhaken von Checklisten auf der Psychiatrie wird als *entmenslichend* eingeordnet und verhindert in den Augen der Fokusgruppe einen guten Umgang mit suizidalen Personen. Dass vor allem ältere Personen Suizidgedanken äußern bestätigt den bisherigen Kenntnisstand, dass das Suizidrisiko im hohen Alter steigt (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2020). Dass vor allem in letzter Zeit ein Anstieg von psychiatrischen Einsätzen bei jüngeren Patient*innen zu verzeichnen ist, lässt sich eventuell auf die aktuelle Situation rund um Covid zurückführen.

7.5 Limitationen und Ausblick

Neben der geringen Teilnehmer*innenzahl, die die Repräsentativität der vorliegenden Fokusgruppe beeinträchtigt, stellt auch die Tatsache, dass zwei der drei Sanitäter*innen eine leitende Funktion im Kriseninterventionsteam haben, dementsprechend auf das Thema Suizid und Suizidalität sensibilisiert sind, eine Einschränkung dar. Abgebildet werden kann so fast ausschließlich eine geschultere oder eben eine Außenperspektive auf die Haltung, Kenntnisse und Bedürfnisse von Sanitäter*innen. Anhand der Ergebnisse lässt sich aber vermuten, dass letztere sogar weniger inhaltliche Auskunft hätten geben können, weil die strukturelle Skotomisierung dieser Themen auch das Nachdenken über und das anschließende Formulieren von Bedürfnissen hinsichtlich dieses Kontextes bedingen.

Das wirft die Hypothese auf, dass Rettungssanitäter*innen aber auch Schwierigkeiten dabei haben könnten, psychische Erkrankungen bei Patient*innen zu identifizieren und in weiterer Folge korrekte Risikoeinschätzungen bei suizidalen Personen vorzunehmen. Denn wie sollen sie etwas bei anderen benennen und erkennen, das sie für sich selbst kaum formulieren beziehungsweise symbolisieren können? Ein Hinweis darauf, dass diese Hypothese korrekt sein könnte, ist die Bagatellisierung von Patient*innenaussagen durch Sanitäter*innen, die von der Gruppe angesprochen wird. Sensibilisierung der eigenen psychischen Bedürfnisse müsste somit auch zu besserer Risikoeinschätzung führen. Diese Annahme sollte für den Inhalt des e-Learnings in dieser Gruppe von Gatekeepern leitend werden. Denn die größte Herausforderung für ELLIPSE wird es sein, die Notwendigkeit einer freiwilligen Fortbildung zu kommunizieren, deren Inhalt so abgewehrt ist. Es lässt sich schließen, dass eine erfolgreiche Implementierung nur stattfinden kann, wenn vorab Sensi-

bilisierung und - insofern die Ursachen der Abwehr in Angst liegen- Bewältigbarkeit und Selbstwirksamkeitserleben vermittelt wurden. Erst dann kann ein Bedarf an den eigentlichen e-Learning-Inhalten, wie sie oben genannt wurden erst wahrgenommen werden. Um diese Annahmen zu bestätigen wäre es wichtig, weitere Fokusgruppen mit Sanitär*innen zu erheben, die keine zusätzlichen Fortbildungen (wie hier zur Krisenintervention), sondern nur die Grundausbildung haben, die österreichweit im BGBl. I Nr. 30/2002 geregelt ist.

Eine weitere Herausforderung in der Auswertung der Fokusgruppe war außerdem das Verschwimmen von Terminologien: Die Gruppe redet synonym von Suizidalität, psychiatrischen oder psychischen Erkrankungen. Die Auswertung folgte dieser Synonymität, was also offenlässt, ob Suizidalität im Sinne der Definition nach Castillejos et al. (2020) überhaupt adressiert wurde.

8. Diskussion und Manöverkritik

Die vorliegende Arbeit bildet die Planung, Durchführung und Auswertung von vier fokussierten Interviews mit unterschiedlichen Gruppen von Gatekeepern anhand der Thematischen Analyse ab. Das Erkenntnisinteresse der Analyse bezog sich darauf, Haltung, Wissen, Fähigkeiten und sich daraus ergebende Bedürfnisse dieser Gatekeeper im Kontext Suizid und Suizidalität zu explorieren. Die Ergebnisse bilden die Grundlage für ein berufsprüfungsspezifisches e-Learning Programm zur Suizidprävention, das im Rahmen des EU-Projekts ELLIPSE entwickelt werden soll.

Die einzelnen Fokusgruppen wurden bereits vorgestellt und legen nahe, dass trotz großer Überschneidungen wie Ängsten und Unsicherheiten oder mangelnder inhaltlicher Kenntnis, der Einsatz von berufsprüfungsspezifischen Programmen zur Suizidprävention durchaus sinnvoll ist. Das liegt daran, dass die Berufsausübung jeweils an unterschiedliche Voraussetzungen aber auch Rollen(-erwartungen) im Kontakt zu Suizid und Suizidalität geknüpft ist. Das Berücksichtigen dieser Voraussetzungen in Form von institutionellen Rahmenbedingungen und formalen Bestimmungen, die zumeist auf regionaler oder zumindest nationaler Ebene eingebettet sind, eröffnet allerdings folgende Frage: Inwiefern kann ein e-Learning Programm, das international (also nicht regional oder national) ausgerichtet ist, abgesehen von Basiswissen, hilfreiche Inhalte zum Umgang mit Suizid, Suizidalität und Suizidprävention vermitteln? An dieser Stelle steht ELLIPSE im Kontrast zu Empfehlungen durch die WHO (2014), die klar empfiehlt, dass Gatekeeperprogramme an die Zugangsmöglichkeiten und Rahmenbedingungen vor Ort angepasst sein sollen.

Durch mein nachträgliches Hinzukommen zum Projekt und intransparente Vorgaben zum Forschungsvorgehen, die sich trotz Nachfragen meinerseits nicht aufklären ließen,

ergeben sich nach der Durchführung einige weitere Kritikpunkte an ELLIPSE und der strategischen sowie methodischen Umsetzung. Diese werde ich im Folgenden darlegen.

ELLIPSE als EU-gefördertes Projekt macht aufgrund seiner Ausrichtung durchaus Sinn, da es sowohl internationale Kooperation voraussetzt als auch mit den e-Interventionen im Sinne von Erasmus+ den digitalen Wandel unterstützt und barrierefrei Bildungsinhalte zur Verfügung stellen will (Bundesministerium Bildung, Wissenschaft und Forschung, o.J.).

Zunächst lässt sich feststellen, dass es ein adäquates Ziel von ELLIPSE ist, die Effektivität des künftigen e-Learning Programmes auch über Hinzuziehen der Suizidraten erfassen zu wollen. Dieser Gedanke entspricht Forderungen nach einem objektiven Indikator, der nicht nur den Trainingserfolg auf die Gatekeeper, sondern auch auf die betroffene Zielgruppe im Sinne eines Transfers in die Praxis abbildet (Kene et al., 2019, Sinclair et al., 2016; Albright et al., 2016). Allerdings ist fraglich, wie diese Erfassung stattfinden soll und ob dieses Ziel nicht zu ehrgeizig ist. Hier wäre es sinnvoll, in den Testphasen bereits solche Evaluierungen durchzuführen, in denen sowohl Training als auch die Outcomeuntersuchungen auf kleinere Gruppen (Fokusgruppen?) begrenzt sind, um Effekte unmittelbarer festzustellen und beeinflussende Faktoren zunächst zu minimieren, bevor - wie geplant - länderspezifische Unterschiede erfasst werden sollen. Die einzelnen Phasen des Projekts sind zwar ambitioniert, aber auch undifferenziert und unstrukturiert dargestellt. Nicht zuletzt aus diesem Grund befindet sich das Projekt auch im Herbst 2021 immer noch in der ersten Phase.

Abgesehen vom Rahmen, der unter dem Punkt **2.4 Projektplan ELLIPSE** anhand der einzelnen Phasen dargestellt ist und auch die Erhebungsmethode enthält, bleibt die Umsetzung den einzelnen teilnehmenden Ländern überlassen. Daraus entsteht eine enorme Heterogenität an Transkriptions- und Auswertungsmethoden. Es ist unklar, wie diese Ergebnisse zusammengeführt werden sollen und die erhobenen Daten verwendet werden. Für die Entwicklung des e-Learnings gibt es bisher auch keinen Plan: Wer setzt es um? Wie schaut die angekündigte Adaptivität aus? Wird es modular aufgebaut sein oder sich via Algorithmus an die Kompetenz der Nutzer*innen anpassen?

An der Medizinischen Universität Wien wurde die Umsetzung für Österreich im Ethikantrag festgehalten und konkretisiert. Hier wurden nach langem Überlegen die inhaltlich-semantiche Transkription nach Dresing und Pehl (2018) und die Thematische Analyse nach Braun und Clarke (2006) als Methoden zur Auswertung gewählt. Mit meinen methodologischen Überlegungen zum Projekt möchte ich an dieser Stelle fortfahren:

Die Stichproben, mit denen ELLIPSE sich beschäftigt, also die Gatekeeper, sind aus dem Suizidpräventionsplan der World Health Organisation (2014) abgeleitet. Es ist mir allerdings bis zu diesem Zeitpunkt nicht ganz klar, wieso sich die Projektleitung in Schweden für Fokusgruppen als Erhebungsmethode entschieden hat. Die gesamte Ausrichtung des Projekts legt nahe, dass Fokusgruppen von ELLIPSE so verstanden werden, wie Przyborski & Wohlrab-Sahr (2021, S. 172) sie als „...abkürzende und direktive Erhebungen im Kontext der Marktforschung, die den Kriterien qualitativer Sozialforschung meist nicht gerecht werden“ bezeichnen. In dieser Form würden sie sich, wie bereits mehrfach erwähnt, auch für die Programmentwicklung (Evaluierung) eignen. Dennoch wurde ich bei Rückfragen an die Projektleitung immer wieder auf Texte von Merton, Fiske und Kendall verwiesen, an denen ich mich schließlich leitend orientiert habe.

Zwar habe ich vor Beginn meiner Auseinandersetzung versucht, mich mit der Projektleitung in Schweden über die Terminologie *Suizid bzw. Suizidalität* auszutauschen, die meinem Verständnis nach den Stimulus für die fokussierten Interviews darstellen. Ich wollte wissen, ob in den Interviews beides synonym verwendet wird oder ob es sich nicht eigentlich um unterschiedliche Stimuli handle. Ich erhielt bloß die Antwort *We didn't define terms yet*. Ausgehend von meiner Arbeit und meinen Erkenntnissen möchte ich allerdings die Hypothese aufstellen, dass Suizid und Suizidalität zwei unterschiedliche Stimuli sind und es - auch für die Inhalte eines e-Learning Programmes - durchaus einen Unterschied macht, ob man Haltung, Wissen, Fähigkeiten und Bedürfnisse Gatekeepern im Umgang mit Suizid *oder* im Umgang mit Suizidalität erhebt.

Suizidalität und Suizid als Stimulus werden in Folge hauptsächlich aus einem Rollenkontext beleuchtet - außer in der Gruppe der Betroffenen und Angehörigen, bei der im Sinne von Merton et al. (1956) aufgrund der bereits erwähnten Heterogenität der Gruppe (Betroffene und Angehörige sind keine einheitliche Gruppe) eher der idiosynkratische Kontext im Vordergrund steht. Vielleicht ist dieser hochgradig individuelle Bezug zum Thema auch der Grund, warum es innerhalb der Fokusgruppe der Betroffenen und Angehörigen als einziger zu einer Diskussion um das Thema *Begründung* kommt.

Der Leitfaden ist ebenfalls von ELLIPSE vorgegeben, trotz Nachfrage ist unklar, von wem und wie er entwickelt wurde. Die Eingangsfrage allerdings ist offen und wird zumindest den Ansprüchen von Merton et al. (1956) gerecht, die Teilnehmer*innen zu Schilderungen über die persönlichen Eindrücke zum Stimulus zu animieren. Letztlich ließen sich anhand des Materials einige Hypothesen erstellen und es wurden Informationen zutage befördert, die nicht im Voraus antizipiert wurden. So zum Beispiel, dass die erfolgreiche Implementierung eines e-Learning Programmes bei Rettungssanitäter*innen aufgrund der strukturellen und individuellen Stigmatisierung des Themas wahrscheinlich zunächst eine Sensibilisie-

rung voraussetzt. Oder aber, dass neben konkretem Know-How vielleicht sogar in einem weitaus höheren Ausmaß innerpsychische Aspekte verantwortlich für einen guten Umgang mit Suizid und Suizidalität sind. Hier bleibt aber auch für mich die Frage offen, ob diese Erkenntnisse für ELLIPSE überhaupt interessant sind und das e-Learning Programm neben konkreten Wissensinhalten auch solche innerpsychischen Prozesse wie beispielsweise das Selbstwirksamkeitserleben oder psychische Regulationsmechanismen zum individuellen Verantwortungserleben (siehe Psychotherapeut*innen) in irgendeiner Weise zu adressieren zielt. Ausgehend vom Vergleich zu den Ergebnissen aus anderen Ländern vermute ich, dass eine einfache Überblicksstudie in Schlagworten ausgereicht hätte.

Dennoch bin ich aufgrund der Ergebnisse der Meinung, dass in weiterer Forschung und Konzeption zu Gatekeepertrainings in der Suizidprävention diese innerpsychischen Regulationsmechanismen und -möglichkeiten viel stärker in den Fokus der Überlegungen rücken sollten, um somit nicht nur Trainingslücken zu schließen, sondern auch den Transfer, von dem bereits Kene et al. (2019) schreiben, des Erlernten in die Praxis möglich zu machen.

Da es zunächst keine Vorgabe durch das Projekt zur Transkriptionsmethode gab, transkribierte ich die ersten beiden Interviews mit den Psychologiestudierenden und Psychotherapeut*innen via TIQ (*Talk in Qualitative Social Research*). Mir fiel dabei auf, dass bei den Student*innen häufig schwach bzw. stark ansteigende Intonationen nicht nur am Ende sondern auch innerhalb der Sätze gekennzeichnet waren. Hier ein Beispiel aus einem der Transkripte: „A: Iso das einzige was ich über die Geschlechtsunterschiede weiss ist, dass (.) Männer, ja meistens zu: härteren Mitteln greifen, und deswegen ihre (.) Erfolgschance höher ist, sich wirklich umzubringen, und deshalb sind bei Frauen die (.) Suizidzahlen geringer obwohl sie=s glaub ich genauso häufig (.) versuchen; u: und Frauen ja auch häufiger die Diagnose einer Depression bekommen, was dann eben auf=n ersten Blick paradox erscheint;“

Obwohl die Person hier gerade über ihr Wissen berichtet, klingt sie fragend und es wäre hochgradig interessant, den latenten Inhalt weiter zu explorieren. Ausgehend vom Forschungsinteresse und den Ergebnissen, die dann bereits aus anderen Ländern zum Projekt vorlagen, wurde aber eine inhaltlich-semantische Transkriptionsmethode gewählt. Diese eignet sich gemäß Braun und Clarke (2006) ohnehin dazu, einen realistischen Ansatz für die Thematische Analyse zu verfolgen. Und während es sich beim Transkript zwar um ein *Artefakt* handelt, das bekanntlich immer eine Reduktion darstellt (Dresing & Pehl, 2020, S. 837), ist es schade diese latenten Aspekte für die vorliegende Arbeit nicht berücksichtigen zu können.

Zu meinem Vorgehen: Wie unter **3.1.3 Anpassungen der Stichprobe** beschrieben war die Rekrutierung während Covid damit verbunden, dass Kontakte nicht persönlich, sondern meist via Mail oder Telefon hergestellt wurden. Die Gruppen *Rettungssanitäter*innen* sowie *Betroffene und Angehörige* wurden dabei ausschließlich über Gatekeeper innerhalb ihrer Organisationen und Selbsthilfegruppen akquiriert. Diese Gatekeeper trafen also eine Vorauswahl an möglichen Teilnehmer*innen. Während dies bei den Selbsthilfegruppen der *Betroffenen und Angehörigen* aus ethischen Gründen durchaus Sinn macht, fehlt bei den Rettungssanitäter*innen die Perspektive von denjenigen, die keine entsprechende Fortbildung in der Krisenintervention haben. Hier bleibt offen, ob meine Anfrage diese Gruppe überhaupt erreicht hat. Oder ob die geringe Anzahl an Teilnehmer*innen auch Symbol des Beziehungsaspekts ist den die Rettungssanitäter*innen zur Organisation haben.

Eine weitere Limitation ist, dass das Ausfüllen der quantitativen Fragebögen vorab länger Zeit in Anspruch nahm als dafür eingeplant war. Die Fokusgruppen hatten deshalb nicht die geplante Dauer von 90 Minuten, sondern waren häufig weitaus kürzer, so dass die *Tiefgründigkeit* dem forschungsökonomischen Interesse weichen musste, *alle* Fragen aus dem Leitfaden zu beantworten, um eine zumindest oberflächlich breitere *Range* zu erzielen. Wie bereits unter **3.3.2 Ablauf der Fokusgruppe** beschrieben, weicht das praktische Vorgehen im Hinblick auf *informed consent* und Einwilligung vom Ethikantrag an der Medizinischen Universität Wien ab. Die Information zum Projekt wurde nicht vorab schriftlich per Mail an die Teilnehmer*innen zugesendet, sondern lediglich mündlich durchgeführt. Der Text wurde von der Projektleitung vorgegeben, lässt sich allerdings für seinen reduktionistischen Inhalt kritisieren. Eine ausführlichere Datenschutzmitteilung oder auch Zustimmungserklärung, in der die Teilnehmer*innen beispielsweise auch über die Möglichkeit, ihre Einwilligung zurückzuziehen aufgeklärt worden wären, wäre vor dem Hintergrund der EU-Einbettung des Projekts und seines internationalen Anspruches professioneller gewesen.

Im Sinne der Validität wäre es hilfreich gewesen, wenn zumindest eine weitere Person die Transkripte thematisch analysiert hätte.

Trotz der kommunikativen Schwierigkeiten mit der Projektleitung, der Intransparenz zum Forschungsvorhaben und der sich daraus ergebenden projektbezogenen methodologischen und inhaltlichen Herausforderungen, finde ich den Einblick in ein EU-gefördertes internationales Projekt mit wissenschaftlichem Anspruch bereichernd.

Ein berufsgruppenspezifisches e-Learning Programm zur Suizidprävention für Gatekeeper hat, insofern es strukturelle und regionale Unterschiede berücksichtigt und einen größeren Fokus auf innerpsychische Regulationsmechanismen legt, meines Erachtens enormes Potenzial.

9. Literaturverzeichnis

- Ahmedani, B.K., Simon, G.E., Stewart, C., Beck, A., Waitzfelder, B.E., Rossom, R., Lynch, F., Owen-Smith, A., Hunkeler, E.M., Whiteside, U., Operskalski, B.H., Coffey, M.J., & Solberg, L.I. (2014). Health care contacts in the year before suicide death. *Journal of General Internal Medicine*, 29(6), 870-7. doi: 10.1007/s11606-014-2767-3
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckmann (Hrsg.), *Action Control. SSSP Springer Series in Social Psychology* (S. 11-39). Springer. doi: 10.1007/978-3-642-69746-3_2
- Albright, G.L., Davidson, J., Goldman, R., Shockley, K.M., & Timmons-Mitchell, J. (2016). Development and validation of the gatekeeper behavior scale. *Crisis*, 4, 271-280. doi: 10.1027/0227-5910/a000382
- American Psychiatric Association. (2018). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5*. Hogrefe. doi: 10.1026/02803-000
- Berman, A. L., & Silverman, M.M. (2020). Hospital-based suicides: challenging existing myths. *Psychiatric Quarterly*. doi: 10.1007/s11126-020-09856-w
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101. doi: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Hwang, I., Chiu, W.T., Sampson, N., Kessler, R.C., Alonso, J., Borges, G., de Girolamo, G., de Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Hu, C., Karam, E.G., Kawakami, N., Kostyuchenko, S., Kovess-Masfety, V., Lee, S., Levinson, D., Matschinger, H., Posada-Villa, J., Sagar, R., Scott, K.M., Stein, D.J., Tomov, T., Viana, & M.C., Nock, M.K. (2011). Treatment of suicidal people around the world. *British Journal of Psychiatry*, 199(1), 64-70. doi: 10.1192/bjp.bp.110.084129
- Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung. (o.J.). *Erasmus+*. Abgerufen am 14.06.2021, von <https://www.bmbwf.gv.at/Themen/euint/erasmusplus.html>

Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort. (o.J). *Termino*.

<https://www.termino.gv.at/meet/de/impressum>

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (2020).

Suizid und Suizidprävention in Österreich. Bericht 2020. Abgerufen am 16.10.2021, von <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Nicht-uebertragbare-Krankheiten/Psychische-Gesundheit/Suizid-und-Suizidpr%C3%A4vention-SUPRA.html>

Carrasco-Barrios, M. T., Huertas, P., Martín, P., Martín, C., Castillejos, M. C., Petkari, E., & Moreno-Küstner, B. (2020). Determinants of suicidality in the European general population: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 4115. doi: .3390/ijerph17114115

Castillejos, M.C., Huertas, P., Martín, P., Moreno, & Küstner. B. (2020). Prevalence of suicidality in the European general population: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Suicide Research*. 1-19. doi: 0.1080/13811118.2020.1765928.

Centers for Disease Control and Prevention.(2020). *Cost of injuries and violence in the U.S.*. Abgerufen am 17.5.2021, von https://www.cdc.gov/injury/wisqars/overview/cost_of_injury.html

Cerel, J., Jones, B., Brown, M., Weisenhorn, D. A., & Patel, K. (2018). Suicide exposure in law enforcement officers. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(5), 1–9. doi: 10.1111/ sltb.12516.

Cisco. (2021). *Webex*. <https://www.webex.com/de/index.html>

Cramer, R.J., Long, M.M., Gordon, E., & Zapf, P. A. (2019). Preliminary effectiveness of an online-mediated competency-Based suicide prevention training program. *Professional Psychology, Research and Practice*, 50(6), 395–406. doi: 10.1037/pro0000261

- Curtin, S.C., Warner, M., & Hedegaard, H. (2016). Increase in suicide in the United States, 1999-2014. *NCHS Data Brief*, 241, 1-8.
- de Beurs, D.P., de Groot, M.H., de Keijser, J., van Duijn, E., de Winter, R.F., & Kerkhof, A.J. (2016). Evaluation of benefit to patients of training mental health professionals in suicide guidelines: Cluster randomised trial. *British Journal of Psychiatry*, 208(5), 477-483. doi: 10.1192/bjp.bp.114.156208
- Doran, C.M., & Kinchin, I. (2020). Economic and epidemiological impact of youth suicide in countries with the highest human development index. *PLoS ONE*, 15(5), doi: 10.1371/journal.pone.0232940
- Dresing, T., & Pehl, T. (2018). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (8. Aufl.). Eigenverlag.
- Dresing, T., & Pehl, T. (2020). Transkription. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (2. Aufl., S. 835-854). Springer.
- Elliott, G. M., & Henninger, J. (2020). Online teaching and self-efficacy to work with suicidal clients. *Counselor Education and Supervision*, 59(4), 283–296. doi: 10.1002/ceas.12189
- ELLIPSE. (o.J.). *E-Lifelong Learning in Prevention of Suicide in Europe*. Abgerufen am 17. März 2021, von <https://e-llipse.com/au>
- Europäische Kommission. (o.J.). *Förderprogramm Erasmus+*. Abgerufen am 14. April 2021, von https://ec.europa.eu/info/education/set-projects-education-and-training/erasmus-funding-programme_de
- Fontaine, G., Cossette, S., Maheu-Cadotte, M.A., Mailhot, T., Deschênes, M.F., Mathieu-Dupuis, G., Côté, J., Gagnon, M.P., & Dubé, V. (2019). Efficacy of adaptive e-learning for health professionals and students: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 9(8). doi: 10.1136/bmjopen-2018-025252. PMID: 31467045; PMCID: PMC6719835

- Fountoulakis, K. N., Chatzikosta, I., Pasiadis, K., Zanis, P., Kawohl, W., Kerkhof, A. J. F. M., Navickas, A., Höschl, C., Lecic-Tosevski, D., Sorel, E., Rancans, E., Palova, E., Juckel, G., Isacson, G., Jagodic, H. K., Botezat-Antonescu, I., Rybakowski, J., Azorin, J. M., Cookson, J., . . . Bech, P. (2016). Relationship of suicide rates with climate and economic variables in Europe during 2000–2012. *Annals of General Psychiatry*, 15(19). doi: 10.1186/s12991-016-0106-2
- Ghoncheh, R., Koot, H.M., & Kerkhof, A.J.F.M. (2014). Suicide prevention e-learning modules designed for gatekeepers. *Crisis : The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 35(3), 176–185. doi :10.1027/0227-5910/a000249
- Gryglewicz, K., Chen, J.I., Romero, G.D., Karver, M.S., & Witmeier, M. (2017). Online suicide risk assessment and management training. *Crisis : the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 38(3), 186–194. doi :10.1027/0227-5910/a000421
- Helbich, M., Blüml, V., de Jong, T., Plener, P.L., Kwan, M.P., & Kapusta, N.D. (2017). Urban–rural inequalities in suicide mortality: a comparison of urbanicity indicators. *International Journal of Health Geographics*, 16(1). doi :10.1186/s12942-017-0112-x
- Hofstra, E., van Nieuwenhuizen, C., Bakker, M., Özgül, D., Elfeddali, I., de Jong, S.J., & van der Feltz-Cornelis, C.M. (2020). Effectiveness of suicide prevention interventions: A systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 63, 127–40. doi:10.1016/j.genhosppsych.2019.04.011.
- Jahn, D.R., Quinnett, P., & Ries, R. (2016). The Influence of training and experience on mental health practitioners' comfort working with suicidal individuals. *Professional Psychology, Research and Practice*, 47(2), 130-138. doi: 10.1037/pro0000070
- Kapusta, N.D., Fegert, J.M., Haring, C., & Plener, P.L. (2014). Psychotherapeutische Interventionen bei suizidalen Jugendlichen. *Psychotherapeut*, 59(1), 16-23. doi: 10.1007/s00278-013-1027-z

- Kapusta, N.D., Niederkrotenthaler, T., Etzersdorfer, E., Voracek, M., Dervic, K., Jandl-Jager, E., & Sonneck, G. (2009). Influence of psychotherapist density and antidepressant sales on suicide rates. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(3), 236–42. doi: 10.1111/j.1600-0447.2008.01314.x
- Kapusta, N.D., & Sonneck, G. (2012). Suizide in Österreich: Ein Update zur Entwicklung und aktueller Stand. *Neuropsychiatrie*, 26(3), 103–5.
- Kene, P., Yee, E.T., & Gimmestad, K.D. (2019). Suicide assessment and treatment: Gaps between theory, research, and practice. *Death Studies*, 43(3), 164–172. doi: 10.1080/07481187.2018.1440034
- Khanal, S.S., Prasad, P.W.C., Alsadoon, A., & Maag, A. (2020) A systematic review: Machine learning based recommendation systems for e-learning. *Education and Information Technologies*, 25(4), 2635–64. doi: 10.1007/s10639-019-10063-9
- Kognito. (2021). *Kognito - Evidence-Based Health Simulations and Training*.
<https://kognito.com/>
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2000). *Focus groups: A practical guide for applied research* (3. ed., 6. print.). Sage.
- Kullberg, M.L.J., Mouthaan, J., Schoorl, M., De Beurs, D., Kenter, R., Maria F., & Kerkhof, A.J.F.M. (2020). E-learning to improve suicide prevention practice skills among undergraduate psychology students: Randomized controlled trial. *JMIR Mental Health*, 7(1). doi: 10.2196/14623
- Laido, Z., Voracek, M., Till, B., Pietschnig, J., Eisenwort, B., Dervic, K., Sonneck, G., & Niederkrotenthaler, T. (2017). Epidemiology of suicide among children and adolescents in Austria, 2001-2014. *Wiener klinische Wochenschrift*, 129(3-4), 121–128. doi: 10.1007/s00508-016-1092-8

- Lamis, D.A., Underwood, M., & D'Amore, N. (2017). Outcomes of a suicide prevention gatekeeper training program among school personnel. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 38(2), 89–99. doi: 10.1027/0227-5910/a000414
- Linsley, K. R., Johnson, N., & Martin, J. (2007). Police contact within 3 months of suicide and associated health service contact. *British Journal of Psychiatry*, 190(2), 170–171. doi: 10.1192/bjp.bp.106.021857.
- Löffler-Stastka, H., & Hochgerner, M. (2021). Versorgungswirksamkeit von Psychotherapie in Österreich. *Psychopraxis Neuopraxis*, 24(1), 57–61. doi: 10.1007/s00739-020-00686-w
- Magruder, K.M., York, J.A., Knapp, R.G., Yeager, D.E., Marshall, E., & DeSantis, M. (2015). RCT evaluating provider outcomes by suicide prevention training modality: in-person vs. e-learning. *The Journal of Mental Health Training, Education, and Practice*, 10(4), 207–217. doi :10.1108/JMHTEP-09-2014-0028
- Malfent D. & Kapusta, N. (2009). *Suizid Interventions-/Reaktionen Inventar-2-D (SIRI-2-D)*. MedUni Wien, unveröffentlicht.
- Marshall, E., York, J., Magruder, K., Yeager, D., Knapp, R., De Santis, M. L., Burris, L., Mauldin, M., Sulkowski, S., Pope, C., & Jobes, D. A. (2014). Implementation of online suicide-specific training for VA providers. *Academic Psychiatry*, 38(5), 566–574. doi:10.1007/s40596-014-0039-5
- McDavid, D. (2016). Making an economic case for investing in suicide prevention. In R.C. O'Connor & J. Pirkis (Hrsg.), *The International Handbook of Suicide Prevention* (S. 775-790). Willey.
- McMillen, J.C., Hawley, K.M., & Proctor, E.K. (2016). Mental health clinicians' participation in web-based Training for an evidence supported intervention: Signs of Encourag

- ement and Trouble Ahead. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 43(4), 592–603. doi: 10.1007/s10488-015-0645-x
- Merton, R. K., Fiske, M., & Kendall, P. L. (1956). *The focused interview : A manual of problems and procedures*. Free Press.
- Merton, R.K., & Kendall, P.L. (1979). Das fokussierte Interview. In C. Hopf & E. Weingarten (Hrsg.), *Qualitative Sozialforschung* (S. 171-204). Klett-Cotta.
- National Action Alliance for Suicide Prevention. (2014). *A prioritized research agenda for suicide prevention : An action plan to save lives*.
<https://theactionalliance.org/sites/default/files/agenda.pdf>
- Neimeyer, R.A., & Bonnelle, K. (1997). The suicide intervention response inventory: A revision and validation. *Death Studies*, 21(1), 59-81. doi: 10.1080/074811897202137
- Neimeyer, R.A., & Hartley, R.E. (1986). Factorial structure of the suicide intervention response inventory. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 16(4), 434-47. doi: 10.1111/j.1943-278x.1986.tb00729.x
- Neimeyer, R.A., & MacInnes, W.D. (1981). Suicide intervention response. inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 28(2), 176-179. doi: 10.1080/074811897202137
- Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E.J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., Bruffaerts, R., Chiu, W.T., de Girolamo, G., Gluzman, S., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J.M., Huang, Y., Karam, E., Kessler, R.C., Lepine, J.P., Levinson, D., Medina-Mora, M.E., Ono, Y., Posada-Villa, J., & Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *British Journal of Psychiatry*, 192(2), 98-105. doi: 10.1192/bjp.bp.107.040113
- O'Brien, K.H.M., Fuxman, S., Humm, L., Tirone, N., Pires, W.J., Cole, A., & Goldstein Grumet, J. (2019). Suicide risk assessment training using an online virtual patient simulation. *mHealth*, 5, 31–31. doi: 10.21037/mhealth.2019.08.03

ownCloud. (2021). *MedUni Wien ownCloud*.

<https://cloudius.meduniwien.ac.at/index.php/login>

Plener, P.L., Straub, J., Kapusta, N.D., Fegert, J.M., & Spröber, N. (2012). Erhebung von Suizidgedanken bei Jugendlichen: Vergleich zweier Instrumente. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 61(1), 4–15.

Przyborski, A., Wohlrab-Sahr, M. (2021). *Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch* (5., überarbeitete und erweiterte Auflage.). De Gruyter Oldenbourg.

QPR Institute. (2021). Practical and proven suicide prevention training. QPR Institute.
<https://qprinstitute.com/individual-training>

Rein, B.A., McNeil, D.W., Hayes, A.R., Hawkins, T.A., Ng, H. M., & Yura, C.A. (2018). Evaluation of an avatar-based training program to promote suicide prevention awareness in a college setting. *Journal of American College Health*, 66(5), 401–411.
Doi: 10.1080/07448481.2018.1432626

Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80(1), 1–28. Doi: 10.1037/h0092976

Schreier, M. (2020). Fallauswahl. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (2. Aufl.S. 19-29). Springer.

Shepard, D.S., Gurewich, D., Lwin, A.K., Reed G.A., & Silverman, M.M. (2016). Suicide and suicidal attempts in the United States: Costs and policy implications. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 46(3), 352–362. Doi: 10.1111/sltb.12225

Stecz, P., Gmitrowicz, A., & Nowakowska-Domagala, K. (2020). Psychometric properties of the suicide acceptance questionnaire. *Community Mental Health Journal*, 56(3), 506–12. Doi : 10.1007/s10597-019-00507-4

Silva, C., Smith, A.R., Dodd, D.R., Covington, D.W., & Joiner, T.E. (2016). Suicide-related knowledge and confidence among behavioral health care staff in seven states. *Psychiatry Services*, 67, 1240-5. Doi : 10.1176/appi.ps.201500271

Sinclair, P. M., Kable, A., Levett-Jones, T., & Booth, D. (2016). The effectiveness of internet-based e-learning on clinician behaviour and patient outcomes: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 57, 70–81. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.01.011

Psychotherapeut*innen ö-ponto. (17.11.2020). *Flyer Psychotherapeut*innen*. Facebook https://www.facebook.com/groups/287432088065829/?multi_permaLinks=1949756481833373

Universität Wien. (2019). *Geschlechterinklusive Sprachgebrauch in der Administration der Universität Wien: Leitlinie und Empfehlungen zur Umsetzung*. https://personalwesen.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/d_personalwesen/Gleichstellung/Dokumente/Geschlechterinklusive_Sprachgebrauch_in_der_Administration_der_Universitaet_Wien.pdf

Universität Wien, (2020). *Guidelines für Praktikumsstellen und PraktikantInnen im Rahmen des 6-Wochen-Pflichtpraktikums während des Studiums der Psychologie*. <https://ssc-psychologie.univie.ac.at/studium/masterstudium/pflichtmodulpraktikum/downloads/>

VERBI Software (2019). *MAXQDA 2020*. www.maxqda.com.

World Health Organization (2010). *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in nonspecialized settings*. http://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide

World Health Organisation (2012). *Public health action for the prevention of suicide: A framework*. Weltgesundheitsorganisation. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75166/9789241503570_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

World Health Organisation (2014). *Suizidprävention: Eine globale Herausforderung*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779-ger.pdf>

World Health Organisation (2021). *World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/342703/9789240027053-eng.pdf>

World Health Organisation. *International Classification of Diseases (ICD-10)*. (o.J.).

York, J., Pearson, J., Lamis, D. A., Friedman, L., Berman, A. L., Joiner, T. E., & Gutierrez, P. M. (2013). A systematic review process to evaluate suicide prevention programs: A sample case of community-based programs. *Journal of Community Psychology*, 41(1), 35–51. doi: 10.1002/jcop.21509

Zoom Video Communications, Inc. (2021). *zoom*.

https://zoom.us/?_ga=2.219723673.1497150333.1634383110-145383972.1634383110

10. Anhang

Anhang A

Abstract (Deutsch)

Suizid und Suizidalität sind prävalente Phänomene mit weitreichenden Auswirkungen auf Wirtschaft, Gesellschaft und Individuen. Neben der psychiatrischen Akutversorgung machen sie deshalb niederschwellige Präventionsmaßnahmen unbedingt notwendig. Eine Form dieser Präventionsmaßnahmen sind sogenannte Gatekeeperschulungen, durch die korrekte Identifikation, Risikoabschätzung, Management und Behandlung von Hochrisikopersonen gefördert werden sollen. Gatekeeper sind in diesem Fall Personen, die aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit gehäuft mit Betroffenen in Kontakt kommen.

Die vorliegende Arbeit ist eingebettet in das Erasmus+ -geförderte Projekt ELLIPSE-E-Lifelong Learning In Prevention of Suicide in Europe. Sie hat zum Ziel Haltung, Wissen und Fähigkeiten von verschiedenen Gruppen von Gatekeepern im Hinblick auf deren Umgang mit Suizidalität und Suizid zu explorieren. Die daraus resultierenden Bedürfnisse fließen als Ergebnisse in ein kostenloses berufsspezifisches e-Learning Programm zur Suizidprävention.

Dazu wurden drei fokussierte Interviews mit Personengruppen aus unterschiedlichen Schlüsselberufen durchgeführt: Psychologiestudent*innen, Psychotherapeut*innen und Rettungssanitäter*innen. Ein viertes Interview wurde mit Betroffenen und Angehörigen durchgeführt, um auch deren Perspektive auf die Bedürfnisse von Gatekeepern in der Suizidprävention zu integrieren. Die Auswertung der Daten erfolgte anhand der Thematischen Analyse.

Die Ergebnisse legen nahe, dass ein solches e-Learning Programm sich nicht ausschließlich auf die Schließung von Wissenslücken konzentrieren sollte sondern auch innerpsychische Prozesse und strukturelle Kontextbedingungen berücksichtigen muss, um professionelle Prävention zu gewährleisten. Die Einbettung der Berufsausübung in diese strukturellen Kontexte ist zumeist regional oder national bedingt. Dadurch wird die Frage aufgeworfen, wie ein e-Learning Programm mit internationalem Anspruch länderspezifische Besonderheiten innerhalb der Versorgungsstrukturen überhaupt berücksichtigen kann.

Schlüsselwörter: Suizidprävention, Suizid, Suizidalität, Gatekeeper, Gatekeeperschulungen, Fokusgruppen, fokussierte Interviews, Thematische Analyse.

Anhang B

Abstract (English)

Suicide and suicidality are prevalent phenomena that have an impact on economy, society and the individual. That is why easily accessible prevention, next to acute care in psychiatry, is crucial. Gatekeeper trainings are a good way to facilitate correct identification, risk assessment, management and treatment of people at risk. Gatekeepers in this case are people who are frequently in contact with these subjects due to their professions.

The present work is part of the Erasmus+- funded project ELLIPSE- E-Lifelong Learning In Prevention of Suicide in Europe. The objective is to explore attitudes, knowledge and abilities of different gatekeeper-groups and how they handle suicide and suicidality. The resulting needs of those professions are going to provide the content of specific free e-learning programs which impart suicide prevention skills.

Three focused interviews with participants from different key professions were conducted: psychology students, psychotherapists and paramedics. The fourth focus group included affected people and relatives to take their perspectives on the needs of gatekeepers in suicide prevention into account. Thematic Analysis was used as a qualitative method for analysis.

Results imply that an e-learning program for gatekeepers in suicide prevention should not just try to tackle skill gaps, but must include intra-psychic processes and structural contextual conditions to ensure professional prevention. The fact that professional practice is embedded in regional or national structural contexts leads to the question how an e-learning program with an international approach can include country-specific features of supply structures.

Anhang C

Ethikantrag zum Projekt an der Medizinischen Universität Wien

Antrag	EK Nr: 1943/2020 Version 3
Version 6.4 vom 12.06.2012	

Dieses Formular soll für Einreichungen bei österreichischen Ethikkommissionen verwendet werden.

Es setzt sich aus einem allgemeinen Teil A - Angaben zur Studie und zum Sponsor - und aus einem speziellen Teil B - Angaben zu der/den einzelnen Prüfstelle(n) - zusammen.

Bei Einreichungen für mehrere Zentren (Prüfer) muss nur der Teil B an das jeweilige Zentrum angepasst werden.

Adresse der Ethikkommission (optional)	Raum für Eingangsstempel, EK-Nummer, etc. Bitte freilassen!

ANTRAG AUF BEURTEILUNG EINES KLINISCHEN FORSCHUNGSPROJEKTES

für folgende Prüfer bei folgenden österreichischen Ethikkommissionen:

Zuständige Ethikkommission	Zentrum	Prüfer (lokale Studienleitung)
Ethikkommission der Medizinischen Universität Wien	Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie	Herr Assoc. Prof. PD Dr. med. univ. Nestor Kapusta



Teil A

1. Allgemeines

7.1. Projekttitel (Deutsch): **ELLIPSE – E-Lebenslanges Lernen in Suizidprävention**

1.1. Projekttitel (Englisch): **ELLIPSE – E-Lifelong Learning in Suicide Prevention**

1.2. Protokollnummer/-bezeichnung: **Siehe Punkt 9.Unterlagen** 1.2.1 EudraCT-Nr.:

1.3. Datum des Protokolls: **Siehe Punkt 9.Unterlagen**

1.5 Sponsor / Rechnungsempfänger (Kontaktperson in der Buchhaltung):

	<u>Sponsor</u>	<u>Rechnungsempfänger</u>
1.5.1 Name:	Medizinische Universität Wien	
1.5.2 Adresse:	Spitalgasse 23 1090 Wien	
1.5.3 Kontaktperson:	Herr Assoc. Prof. Priv.-Doz. Dr. Nestor Kapusta	
1.5.4 Telefon:	014040030710	
1.5.5 FAX:		
1.5.6 e-mail:	nestor.kapusta@meduniwien.ac. at	

(wenn nicht gleich wie „Sponsor“)



2. Eckdaten der Studie

2.1 Art des Projektes:

☐ 2.1.1 Klinische Prüfung eines nicht registrierten **Arzneimittels**

☐ 2.1.2 Klinische Prüfung eines registrierten **Arzneimittels**

☐ 2.1.2.1 gemäß der Indikation ☐ 2.1.2.2 nicht gemäß der Indikation

☐ 2.1.16 **Nicht-interventionelle Studie** – nur gem. § 2a Abs. 3 AMG

☐ 2.1.3 Klinische Prüfung einer neuen **medizinischen Methode**

☐ 2.1.4 Klinische Prüfung eines **Medizinproduktes**

☐ 2.1.4.1 mit CE-Kennzeichnung ☐ 2.1.4.2 ohne CE-Kennzeichnung

☐ 2.1.4.3 Leistungsbewertungsprüfung (In-vitro-Diagnostika)

☐ 2.1.5 **Nicht-therapeutische biomedizinische Forschung** am Menschen
(Grundlagenforschung)

☐ 2.1.6 **Genetische Untersuchung**

☐ 2.1.10 **Register**

☐ 2.1.11 **Biobank**

☐ 2.1.12 **Retrospektive Datenauswertung**

☐ 2.1.13 **Fragebogen Untersuchung**

☒ 2.1.14 **Psychologische Studie**

☐ 2.1.15 **Pflegewissenschaftliche Studie**

☐ 2.1.17 **Gendermedizin**

☒ 2.1.7 **Sonstiges**(z.B. Diätetik, Epidemiologie, etc.), bitte spezifizieren:

Qualitative Studie

Zusatzinformation: ☐ 2.1.8 **Dissertation** ☐ 2.1.9 **Diplomarbeit**

2.2 Fachgebiet: **Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin**

2.3 Arzneimittelstudie (wenn zutreffend)

2.3.1 Prüfsubstanz(en):

2.3.2 Referenzsubstanz:

2.4 Medizinproduktstudie (wenn zutreffend)

2.4.1 Prüfprodukt(e):

2.4.2 Referenzprodukt:

2.5 Klinische Phase:



2.6 Nehmen andere Zentren an der Studie teil: ☐ ja ☒ nein. Wenn **ja**:

☐ 2.6.1 im Inland ☐ 2.6.2 im Ausland

2.7 Liste der Zentren im Inland, die Gegenstand der Einreichung sind:

Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie

Liste der Zentren im Inland, die nicht Gegenstand der Einreichung sind:

Liste der Auslandszentren:

2.8 Liegen bereits Voten anderer Ethikkommissionen vor?

☐ ja ☒ nein. Wenn **ja**, **Voten beilegen!**

2.9 Geplante Anzahl der Prüfungsteilnehmer/innen gesamt (Dies bezieht sich auf alle teilnehmenden Zentren): **88**

2.10 Charakterisierung der Prüfungsteilnehmer/innen:

2.10.1 Mindestalter: **18** 2.10.2 Höchstalter: **99**

2.10.3 Sind auch nicht persönlich Einwilligungsfähige einschließbar? ☐ ja ☒ nein

2.10.4 Einschließbar sind ☒ weibliche (und/oder) ☒ männliche Teilnehmer/innen.

2.10.5 Sind gebärfähige Frauen einschließbar? (Bei Studien nach AMG/MPG ist bei Einschluss gebärfähiger Frauen ein monatlicher Schwangerschaftstest erforderlich)

☐ ja ☐ nur gebärfähige ☒ nein

2.11 Dauer der Teilnahme der einzelnen Prüfungsteilnehmer/innen an der Studie: **90 Minuten**

2.11.1 Aktive Phase: **90 Minuten** 2.11.2 Nachkontrollen:

2.12. Voraussichtliche Gesamtdauer der Studie: **90 Minuten**



3a. Betrifft nur Studien gemäß AMG: Angaben zur Prüfsubstanz (falls nicht in Österreich registriert):

nicht zutreffend

3b. Im Rahmen der Studie verabreichte Medikamente, deren Wirksamkeit und/oder Sicherheit nicht Gegenstand der Prüfung sind:

Generic Name	Darreichungsform	Dosis
--------------	------------------	-------

4. Betrifft nur Studien gemäß MPG: Angaben zum Medizinprodukt:

nicht zutreffend

5. Angaben zur Versicherung (gemäß §32 Abs.1 Z.11 und Z.12 und Abs.2 AMG; §§47 und 48 MPG)

5.1 Eine Versicherung ist erforderlich: ☐ ja ☒ nein. Wenn ja:

5.1.1 Versicherungsgesellschaft:

5.1.2 Adresse:

5.1.3 Telefon:

5.1.4 Polizzenummer:

5.1.5 Gültigkeitsdauer:

6. Angaben zur durchzuführenden Therapie und Diagnostik

6.1. Welche Maßnahmen bzw. Behandlungen werden **ausschließlich studienbezogen** durchgeführt?

Art	Anzahl/Dosis	Zeitraum	Insgesamt
Suicide Acceptance Questionnaire (SAQ)	1	5– 10 Minuten	1
Suicide Intervention Response Inventory 2 (SIRI-2)	1	10 – 15 Minuten	1
Fokusgruppe gemäß des Leitfadens	1	60 Minuten	1



6.2. Welche speziellen Untersuchungen (**nur invasive und strahlenbelastende**) werden während des Studienzeitraumes **zu Routinezwecken** durchgeführt:

Art	Anzahl/Dosis	Zeitraum	Insgesamt
-----	--------------	----------	-----------

6.3. Ergänzende Informationen zu studienbezogenen Maßnahmen und alle erforderlichen Abweichungen von der Routinebehandlung:



7. Strukturierte Kurzfassung des Projektes (in deutscher Sprache, kein Verweis auf das Protokoll)

7.1 Wenn Original-Projekttitle nicht in Deutsch: Deutsche Übersetzung des Titels:

ELLIPSE – E-Lebenslanges Lernen in Suizidprävention

7.2 Zusammenfassung des Projektes (Rechtfertigung, Relevanz, Design, Maßnahmen und Vorgehensweise):

Mit jährlich 800.000 Fällen ist Suizid ein globales Phänomen und im Alter von 15 – 29 Jahren die zweithäufigste Todesursache. Allein in den USA, dem größten Land mit hoher Datenqualität zu Suizid liegt die Inzidenz bei 13.0 zu 100,000 pro Jahr, mit etwa 22 Mal so vielen Suizidversuchen, was sich in Kosten 50.8 bis 93.5 Milliarden Dollar niederschlägt. Das ein Vorzeigeland für Suizidprävention solche Zahlen aufweist, macht deutlich das effektivere und spezifischere Programme zur Suizidprävention notwendig sind. Es gibt aktuell effektive Programme zur Suizidprävention, diese haben jedoch mangelhafte gesellschaftliche Reichweite, da intensives Training, verbunden mit hohen zeitlichen und finanziellen Kosten notwendig sind, sowie physische Anwesenheit der zu trainierenden Personen voraussetzt ist; diese Anforderungen schließen viele potentielle Gatekeeper von flächendeckenden Trainings aus. Internetbasierte, sog. E-learning Ansätze dagegen sind kostengünstig, zeitlich flexibel und können auch ländliche Regionen erreichen, welche zudem zunehmend höhere Suizidraten aufweisen.

Die Effektivität von E-Ansätzen ist gesichert, allerdings bestehen zwischen den Programmen große Unterschiede in der Effektivität. Um die Effektivität des neuen Programms, des EU-Projekts ELLIPSE, sicherzustellen soll diese Studie implementiert werden, mit dem Ziel Inhaltsangebot und Nachfrage seitens der NutzerInnen abzustimmen.

Diese Mixed-Method Studie geht im qualitativen Teil auf die Bedürfnisse und Fähigkeiten der Zielpopulationen ein und erfasst im quantitativen Teil die individuellen Einstellungen zum Suizid. Der qualitative Teil der Studie basiert auf Fokusgruppen, zur Erfassung der Bedürfnisse und Anforderungen der TeilnehmerInnen und ihrer Gruppen. Die Fokusgruppen sind definiert über den Beruf der TeilnehmerInnen, geplante Berufsgruppen sind: Ärztinnen, Kranken- und GesundheitspflegerInnen, klinische PsychologInnen, Psychologiestudierende, PolizistInnen, PolizeianwärterInnen, Personal in Notfallaufnahmen, LehrerInnen, JournalistInnen, Journalismus-Studierende und hinterbliebene Familienmitglieder von durch Suizid verstorbenen Menschen.

Zielwert sind 8 TeilnehmerInnen pro Gruppe, mit einer Bearbeitungsdauer von 90 Minuten.

7.3 Ergebnisse der präklinischen Tests oder Begründung für den Verzicht auf präklinische Tests:

Keine klinische Studie, somit keine präklinischen Test notwendig

7.4 Primäre Hypothese der Studie (wenn relevant auch sekundäre Hypothesen):

Die Studie ist Themengenerierend/explorativ, daher gibt es keine Hypothesen.

Die Themen als solche werden mittels eines Bottom-Up Approaches aus den Aussagen der



TeilnehmerInnen generiert; das Themenfeld ist Haltung, Wissen und Fähigkeit im Umgang mit Suizidalität, aufgeteilt nach Berufsgruppen und den daraus entstehenden Bedürfnissen und Anforderungen an ein E-learning Angebot.

7.5 Relevante Ein- und Ausschlusskriterien:

Einschluss: Zugehörigkeit zu einer der definierten (Berufs)-Gruppen.

Ausschlusskriterien: klinisch relevante psychisches Belastung, psychische

Beeinträchtigungen, Unmündigkeit, aktuelle Suizidalität, fehlen der unterzeichneten ProbandInneninformation.

7.6 Ethische Überlegungen

(Identifizieren und beschreiben Sie alle möglicherweise auftretenden Probleme. Beschreiben Sie den möglichen Wissenszuwachs, der durch die Studie erzielt werden soll, seine Bedeutung, sowie mögliche Risiken für Schädigungen oder Belastungen der Prüfungsteilnehmer/innen. Legen Sie Ihre eigene Bewertung des Nutzen/Risiko-Verhältnisses dar):

Berufsspezifische Anforderungen und Bedürfnisse bezüglich Suizidalität besser zu verstehen ermöglicht dem neuen E-Lernprogramm eine erhöhte Passung zwischen Bedürfnis der Zielgruppen und Angebot des Programms.

Durch die höhere Passung sollte die Effektivität des Programmes steigen, damit psychisches Stresserleben der TeilnehmerInnen zurückgehen, die beim E-Lernprogramm beteiligt waren.

PrüfungsteilnehmerInnen der Studie profitieren weiter unmittelbar von der Studie durch den strukturierten Austausch mit erfahrenen Kollegen.

Dieser strukturierte Austausch kann stressvoll sein, umfasst aber nur Material und Ereignisse die jeder in der homogenen Fokusgruppen während seinem Berufsleben erwarten muss.

Der potenzielle Wissenszuwachs ist damit sehr hoch, mögliche Risiken sind psychischer Stress.

Bei Bedarf können Probandinnen zur Prüfungsleitung zur Behandlung von erlebtem Stress Kontakt aufnehmen.

Kontakt Daten:

Assoc. Prof. Priv.-Doz. Dr. Nestor Kapusta

Tel. +43 (0)1 40 400 30710

E-Mail: nestor.kapusta@meduniwien.ac.at

7.7 Begründung für den Einschluss von Personen aus geschützten Gruppen

(z.B. Minderjährige, temporär oder permanent nicht-einwilligungsfähige Personen; wenn zutreffend):

Nicht Zutreffend

7.8 Beschreibung des Rekrutierungsverfahrens

(alle zur Verwendung bestimmte Materialien, z.B. Inserate inkl. Layout müssen beigelegt werden):



Persönliche Kontaktaufnahme mit Fachverbänden, Kooperationen und Interessengruppen, ua. dem Nationalen Suizidpräventionsprogramm SUPRA (dessen Mitglied der Antragsteller seit 2012 ist), mittels E-Mail, Telefon, SUPRA Meetings.

7.9 Vorgehensweise an der/den Prüfstelle/n zur Information und Erlangung der informierten Einwilligung von Prüfungsteilnehmer/inne/n, bzw. Eltern oder gesetzlichen Vertreter/inne/n, wenn zutreffend (wer wird informieren und wann, Erfordernis für gesetzliche Vertretung, Zeugen, etc.):

Die gewählte Vorgehensweise ist abhängig ob Webex oder ein Seminarraum zur Befragung genutzt wird.

Wenn ein Seminarraum genutzt wird, wird ein formales Einwilligungsschreiben (= ProbandInneninformation) durch die TeilnehmerInnen unterzeichnet, das direkt vor der Erhebung ausgegeben und erklärt wird, wenn Webex verwendet wird, wird das Einwilligungsschreiben per Email ausgeschickt und unterzeichnet vor Beginn der Studie – Aufklärung über den Inhalt der PatientInnen Information findet dann unmittelbar vor Beginn der Studie in der Fokusgruppe statt. Ein laufendes Pilotprojekt an der MUW hat bereits gezeigt (Ethikanträge im Juni 2020 wurden positiv beschieden), dass WEBEX basierte Fokusgruppen gut organisierbar sind und die Themengenerierung gut möglich ist. Die Wahl ob Webex oder eine Präsenzveranstaltung stattfindet wird durch die aktuell geltenden Vorschriften zur Eindämmung von COVID-19 bestimmt, angesichts der möglichen 2. Welle, daher werden beide Zugänge in einem Antrag gleichzeitig bedacht.

7.10 Risikoabschätzung, vorhersehbare Risiken der Behandlung und sonstiger Verfahren, die verwendet werden sollen (inkl. Schmerzen, Unannehmlichkeiten, Verletzung der persönlichen Integrität und Maßnahmen zur Vermeidung und/oder Versorgung von unvorhergesehenen / unerwünschten Ereignissen):

Psychischer Stress, ansonsten keine erwartbaren Risiken für Teilnehmer.

Eine an der MUW (Im Rahmen von Diplomarbeiten) stattgefundene Piloterhebung zeigt eine sehr gute Toleranz und bislang keinerlei Bedarf für jedwede Interventionen, der Wissenszugewinn steht positiv für die TeilnehmerInnen im Vordergrund.

7.11 Voraussichtliche Vorteile für die eingeschlossenen Prüfungsteilnehmer/innen:

Durch einen strukturierten Austausch mit Experten und Kollegen erlangen TeilnehmerInnen zusätzliches Wissen zum Umgang mit suizidalen Individuen, Einsicht in ihre eigene Situation und Kontextualisierung der von ihnen erlebten Ereignisse bezüglich Suizid.

7.12 Relation zwischen Prüfungsteilnehmer/in und Prüfer/in (z.B. Patient/in - Ärztin/Arzt, Student/in - Lehrer/in, Dienstnehmer/in - Dienstgeber/in, etc.):

PrüferInnen übernehmen die Rolle von ModeratorInnen in Gruppendiskussionen.

Es steht dabei jedem/r PrüfungsteilnehmerInn frei sich so viel zu beteiligen wie diese Wünschen,

PrüferInnen zwingen keine/n einzelne/n PrüfungsteilnehmerInn sich zu äußern, oder persönlich intime Informationen preiszugeben, vielmehr wird mit der Gruppe als ganzes interagiert. Relation: StudienteilnehmerInnen – ModeratorInnen.



7.13 Verfahren an der/den Prüfstelle(n) zur Feststellung, ob eine einzuschließende Person gleichzeitig an einer anderen Studie teilnimmt oder ob eine erforderliche Zeitspanne seit einer Teilnahme an einer anderen Studie verstrichen ist (von besonderer Bedeutung, wenn gesunde Proband/inn/en in pharmakologische Studien eingeschlossen werden):

Nicht Zutreffend

7.14 Methoden, um unerwünschte Effekte ausfindig zu machen, sie aufzuzeichnen und zu berichten

(Beschreiben Sie wann, von wem und wie, z.B. freies Befragen und/oder an Hand von Listen):

Nicht Zutreffend

7.15 Optional: Statistische Überlegungen und Gründe für die Anzahl der Personen, die in die Studie eingeschlossen werden sollen (ergänzende Informationen zu Punkt 8, wenn erforderlich):

Qualitative Studie, 8 Personen pro Gruppe entsprechen geläufigen Empfehlungen.

7.16 Optional: Verwendete Verfahren zum Schutz der Vertraulichkeit der erhobenen Daten, der Quelldokumente und von Proben (ergänzende Informationen zu Punkt 8, wenn erforderlich):

Audiodaten werden aufgezeichnet, Zugriff ist ausschließlich der Studienleitung und unmittelbar danach transkribiert. Zugriff ist ausschließlich der PrüferIn und MitarbeiterInnen gestattet, die an Erhebung oder Auswertung beteiligt sind. Eine Verschwiegenheitserklärung muss durch alle TeilnehmerInnen unterzeichnet werden. Während der Transkription werden alle Daten pseudonymisiert, die Audiodaten werden gelöscht, sobald die Transkription abgeschlossen ist. Quantitative Fragebögen sind pseudonymisiert. Auswertung unter n = 7 werden nicht vorgenommen. DSGVO kommt als Datenschutzstandard zum tragen.

7.17 Plan zur Behandlung oder Versorgung nachdem die Personen ihre Teilnahme an der Studie beendet haben (wer wird verantwortlich sein und wo):

ProbandInnen können mit der Studienleitung Kontakt aufnehmen, sollten diese Betreuung oder Stress in Folge der Behandlung erleben.

Kontaktdaten:

Assoc. Prof. Priv.- Doz. Dr. Nestor Kapusta

Tel. +43 (0)1 40 400 30710

E-Mail: nestor.kapusta@meduniwien.ac.at

7.18 Betrag und Verfahren der Entschädigung oder Vergütung an die Prüfungsteilnehmer/innen

(Beschreibung des Betrages, der während der Prüfungsteilnahme bezahlt wird und wofür, z.B. Fahrtspesen, Einkommensverlust, Schmerzen und Unannehmlichkeiten, usw.):

Es fallen keine Kosten für die Studienteilnehmer an.
Studienteilnahme wird nicht vergütet.



7.19 Regeln für das Aussetzen oder vorzeitige Beenden der Studie an der/den Prüfstelle(n) in diesem Mitgliedstaat oder der gesamten Studie:

ProbandInnen können jederzeit die Teilnahme abbrechen

7.20 Vereinbarung über den Zugriff der Prüferin/des Prüfers/der Prüfer auf Daten, Publikationsrichtlinien, etc. (wenn nicht im Protokoll dargestellt):

Die Daten werden nur von MitarbeiterInnen und dem Prüfer eingesehen.
Publikation soll im Open Access Format stattfinden.

7.21 Finanzierung der Studie (wenn nicht im Protokoll dargestellt) und Informationen über finanzielle oder andere Interessen der Prüferin/des Prüfers/der Prüfer:

Finanziert durch das Forschungsprojekt: ELLIPSE.

7.22 Weitere Informationen (wenn erforderlich):



8. Biometrie, Datenschutz:

8.1 Studiendesign (z.B. doppelblind, randomisiert, kontrolliert, Placebo, Parallelgruppen, multizentrisch)

- ☐ 8.1.1 offen ☐ 8.1.2 randomisiert ☐ 8.1.3 Parallelgruppen ☒ 8.1.4 monozentrisch
☐ 8.1.5 blind ☐ 8.1.6 kontrolliert ☐ 8.1.7 cross-over ☐ 8.1.8 multizentrisch
☐ 8.1.9 doppelblind ☐ 8.1.10 Placebo ☐ 8.1.11 faktoriell ☐ 8.1.12 Pilotprojekt
☐ 8.1.13 observer-blinded ☐ 8.1.14 Äquivalenzprüfung
☒ 8.1.15 Sonstiges: Qualitative Studie

8.1.16 Anzahl der Gruppen: **9**

8.1.17 Stratifizierung (Kriterien): **Nein**

8.1.18 Messwiederholungen (Zeitpunkte): **Nein**

8.1.19 Hauptzielgröße: **Themengenerierende/Hypothesengenerierende Studie zu den Anforderungen und Bedürfnisse verschiedener Berufsgruppen zum Umgang mit Suizidalität.**

8.1.20 Nullhypothese(n): **n.a**

8.1.21 Alternativhypothese(n): **n.a**

8.1.22 Nebenzielgrößen: **Themengenerierende Analyse hinsichtlich Alter und Berufserfahrung.**

8.2 Studienplanung

Die Fallzahlberechnung basiert auf (Alpha = Fehler 1. Art, Power = 1 – Beta = 1 – Fehler 2. Art):

8.2.1 Alpha: **Nicht Zutreffend** ☐ zweiseitig ☐ einseitig 8.2.2 Power: **Nicht Zutreffend** 8.2.3 Stat.Verfahren: **Nur deskriptive Statistiken**

8.2.4 Multiples Testen: ☒ nein ☐ ja: Korrekturverfahren.:

8.2.5 Erwartete Anzahl von Studienabbrecher/innen (Drop-out-Quote): **10 – 20 %**

8.3 Geplante statistische analyse

Population: ☐ 8.3.1 Intention-to-treat ☐ 8.3.2 Per Protocol

8.3.3 Zwischenauswertung: ☒ nein ☐ ja: Abbruchkriterien:

8.3.4 Geplante statistische Verfahren:

8.4 Dokumentationsbögen / Datenmanagement

8.4.1 Angaben zur Datenqualitätsprüfung



Herz Notar Kopiers

Transkription der Audiodaten.

8.4.2 Angaben zum Datenmanagement

Management der Daten mittels MAXQDA, Audiodaten werden nach Transkription gelöscht.

Alle Datenfiles werden mit einem Passwort gesichert das nur dem Prüfer und den MitarbeiterInnen zugänglich ist.

8.5 Verantwortliche und Qualifikation

8.5.1 Wer führte die biometrische Planung durch (ggf. Nachweis der Qualifikation)?

Assoc. Prof. PD Dr. Nestor D. Kapusta, Jim Schmeckenbecher MSc.

8.5.2 Wer wird die statistische Auswertung durchführen (ggf. Nachweis der Qualifikation)?

Assoc. Prof. PD Dr. Nestor D. Kapusta, Jim Schmeckenbecher MSc.

8.6 Datenschutz

8.6.1 Die Datenverarbeitung erfolgt

☐ a) personenbezogen ☒ b) indirekt personenbezogen ☐ c) vollständig anonymisiert

8.6.2 Wenn a): Begründung:

DVR-Nummer:

8.6.3 Wenn b) oder c): Wie erfolgt die Anonymisierung?

Während der Transkription der Audioaufnahmen wird den PrüfungsteilnehmerInnen ein zufälliger Pseudonymname zugeordnet, dieser erlaubt Zuordnung von Aussagen zur selben Person innerhalb der Transkription, aber macht es unmöglich die Person nach der Transkription zu identifizieren. Zuordnungen zu den quantitativen Fragebogendaten sind nicht nötig. Letztere werden nur als Gruppe ausgewertet (Gruppenmittelwerte).

In der Publikation ist das Transkript nicht enthalten und es werden nur Themen der Gruppen behandelt, somit sind in veröffentlichten Dokumenten keine Informationen auf individueller Ebene vorhanden (Mögliche Ausnahmen können repräsentative Zitate sein). Damit ist es unmöglich auf irgendeine Person zu schließen.



9. Liste der eingereichten Unterlagen

Conflict of Interest

Name	Version	Datum
Conflict_of_Interest_Antragsteller_V.1.0_4.8.2020	1.0	04.08.2020
Conflict_of_Interest_Plener_V1.0_4.8.2020	1.0	04.08.2020
Conflict_of_Interest_Schmeckenbecher	1.0	04.08.2020

Covering Letter

Name	Version	Datum
covering letter	1.0	04.08.2020

Lebenslauf (CV)

Name	Version	Datum
Lebenslauf Kapusta 2020-signed	1.1	04.08.2020

Sonstige

Name	Version	Datum
Erklärung_Schmeckenbecher_V. 1.0	1.0	04.08.2020
Publikationsliste Kapusta	1.0	04.08.2020
Verpflichtungserklärung_Schmeckenbecher_V1.0	1.0	04.08.2020

Patienteninformation

Name	Version	Datum
Patienteninformation_Covid_19_Angepasst	1.1.1	04.08.2020
Patienteninformation_Standard	1.1.1	04.08.2020

Studienprotokoll (Prüfplan)

Name	Version	Datum
Protokoll	1.1.1	04.08.2020

Fragebogen

Name	Version	Datum
FOKUSGRUPPEN LEITFRAGEN	1.0	04.08.2020
SAQ-Fragebogen	1.0	04.08.2020
SIRI-2-D (Fragebogen)	1.0	04.08.2020



Name und Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

9.1 Name: **Herr Assoc. Prof. Priv. Doz. Dr. Nestor Kapusta**

9.2 Institution/ Firma: **Medizinische Universität Wien**

9.3 Position: **Assoc. Prof.**

9.4 Antragsteller/in ist: ☐ 9.4.1 koordinierende/r Prüfer/in (multizentrische Studie)
 (nur AMG-Studien) ☒ 9.4.2 Hauptprüfer/in (monozentrische Studie)
☐ 9.4.3 Sponsor bzw. Vertreter/in des Sponsors
☐ 9.4.4 vom Sponsor autorisierte Person/Organisation

Ich bestätige hiermit, dass die in diesem Antrag gemachten Angaben korrekt sind und dass ich der Meinung bin, dass die Durchführung der Studie in Übereinstimmung mit dem Protokoll, nationalen Regelungen und mit den Prinzipien der Guten Klinischen Praxis möglich sein wird.

Weiters stimme ich mit meiner Unterschrift zu, dass folgende Daten aus meinem Antrag ggf. durch die Ethikkommission veröffentlicht werden, um die Anträge nach Zahl und Inhalt transparent zu machen:

EK-Nummer, Einreich-Datum, Projekttitel, Hauptprüfer, Sponsor/CRO, weitere Zentren.

 Unterschrift Antragstellerin/des
 Antragstellers

 Datum

!!! Achtung: Diese Unterschrift ist in jedem Fall erforderlich !!!



Teil B

Studienkurzbezeichnung: **ELLIPSE – E-Lifelong Learning in Suicide Prevention**

Zuständige Ethikkommission: **Ethikkommission der Medizinischen Universität Wien**

10. Angaben zur Prüferin/zum Prüfer

10.1 Name: **Herr Assoc. Prof. PD Dr. med. univ. Nestor Kapusta**

10.2 Krankenanstalt/Institut/Abteilung: **Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie**

10.3 Telefon	10.4 „Pieps“/ Mobil	10.5 Fax	10.6 e-mail-Adresse:
014040030710	-	-	nestor.kapusta@meduniwien.ac.at

10.7 Jus practicandi: ☐ Ja ☒ Nein 10.8 Facharzt für: **Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin**

10.9 Prüfärztekurs: ☐ ja ☒ nein

11. Geplante Anzahl der Patient/inn/en bzw. Proband/inn/en an dieser Prüfstelle:

88

12. Verantwortliche Mitarbeiter/innen an der klinischen Studie (an Ihrer Prüfstelle)

Fr/Hr	Titel	Vorname	Name	Institution
Herr	Univ. Prof. Dr.	Paul	Plener	Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Herr	MSc. (Kein Diplomand)	Jim	Schmeckenbecher	Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie

13. Unterschrift der Prüferin/des Prüfers

Ich bestätige hiermit, dass die in diesem Antrag gemachten Angaben korrekt sind und dass ich der Meinung bin, dass die Durchführung der Studie in Übereinstimmung mit dem Protokoll, nationalen Regelungen und mit den Prinzipien der Guten Klinischen Praxis möglich sein wird.



 Unterschrift der Prüferin/des Prüfers

 Datum

Bei multizentrischen AMG-Studien sind die Teile B von der Hauptprüferin/dem Hauptprüfer des jeweiligen Zentrums zu unterzeichnen.

Alternativ zur Unterschrift auf den Teilen B können die Unterschriften der Hauptprüfer/innen auch auf den Unterschriftenseiten des Protokolls oder der Prüfärzteverträge vorgelegt werden. Es muss jedenfalls eine eindeutige - durch Unterschrift dokumentierte - Zustimmung aller Hauptprüfer/innen zum Protokoll vorliegen.

14. Name und Unterschrift der Leiterin/des Leiters der Einrichtung bzw. des Pflegedienstes

14.1 Name:

 Unterschrift der Leiterin/des Leiters

 Datum

*Die Unterschrift der Leiterin/des Leiters des Pflegedienstes ist für Pflegeforschungsprojekte und die Anwendung neuer Pflegekonzepte und -methoden erforderlich, ansonsten die Unterschrift der Leiterin/des Leiters der jeweiligen Einrichtung Einrichtung: die Klinik (wenn gegliedert: die klinische Abteilung), die Abteilung oder die gemeinsame Einrichtung

Herz Notruf Karlsruhe



Anhang D

Fokusgruppen Leitfaden ELLIPSE

ALLGEMEINE EINFÜHRUNG

Guten Tag! Mein Name ist [Name] und ich werde ein Moderator / eine Moderatorin der heutigen Diskussion sein. Die Studie ist Teil des europäischen Stipendiums Erasmus Plus, mit dem E-Learning für Studierende verschiedener Fakultäten vorbereitet werden soll. Teilnehmer aus fünf Ländern sind an der Erstellung dieser E-Learning-Kurse beteiligt, darunter Polen, Österreich, Norwegen, Schweden und Ungarn. Wien ist dabei durch die Medizinische Universität und Prof. Kapusta vertreten.

Wir haben Sie heute eingeladen, das Thema Suizidprävention in **Berufsgruppe** zu diskutieren. Die auf der Grundlage der heutigen Diskussion gesammelten Daten werden für die Entwicklung eines E-Learning-Kurses für Studenten verwendet.

Unser heutiges Treffen wird ungefähr 1,5 Stunden dauern.

Das Meeting wird aufgezeichnet. Die Aufnahme unseres Gesprächs ist erforderlich, um ihre Aussagen auswerten zu können. Das Material wird zur Erstellung des Abschlussberichts verwendet und dient für die Arbeit am E-Learning für Studierende im Bereich der Suizidprävention.

Sobald die Transkription abgeschlossen ist, sende ich Ihnen die schriftliche Version des Gesprächs zu und bitte Sie, sie genau durchzulesen. Wenn Sie mit der Verwendung einverstanden sind und sich ausreichend anonymisiert fühlen, bitte ich Sie um eine kurze Benachrichtigung zum Einverständnis über die Verwendung. Ich möchte Sie darüber aufklären, dass Sie ein Widerspruchsrecht gegen die Verwendung der Daten haben.

Ausfüllen SIRI und SAQ

Danach

Beginn Fokusgruppe

Ich bitte Sie, frei zu sprechen und um gegenseitigen Respekt in der Diskussionsgruppe.

Jede Stimme ist uns gleich wichtig.

Rekorder ein

Um jetzt mit unserer Diskussionsrunde zu beginnen, möchte ich Sie bitten, sich kurz mit Ihrem Vornamen vorzustellen und Ihre Beweggründe, die zu Ihrer Teilnahme an dieser Gruppe geführt haben, im Uhrzeigersinn zu erläutern.

Der Hauptteil der Studie:**1. ALLGEMEINWISSEN.**

Um auf die berufliche Realität vorbereitet zu sein, welches allgemeine Wissen über Suizid und Suizidprävention sollten **Berufsgruppe** erwerben oder erworben haben und warum?

Bitte geben Sie Beispiele. [Ermutigen, Beispiele in der FG zu diskutieren]

Zeit: 15 Minuten

2. Mit der Krise fertig werden.

Welches Wissen darüber, wie man in Verlust- und Suizidkrisen mit anderen umgeht oder Menschen in Krisen hilft, könnte von entscheidender Bedeutung sein? Welche Geschlechterunterschiede hinsichtlich solcher Hilfen gibt es?

Was sollte man über die Prävention von Suizid und Suizidalität wissen?

Was kann getan werden?

Was sollte vermieden werden?

Bitte geben Sie konkrete Beispiele aus Ihrer Erfahrung oder erwarteten Situationen. [Ermöglichen, Beispiele in der FG zu diskutieren]

Zeit: 15 Minuten

3. AM ARBEITSPLATZ.

Welche spezifischen Kenntnisse sollten **Berufsgruppe** über diesen Beruf und den künftigen Arbeitsplatz in Bezug auf Suizid vermittelt werden?

Welche Arbeitsplatzstandards können hilfreich sein, um das Suizidrisiko sowie die negativen Auswirkungen eines Suizids (PatientInnen oder Personal) am Arbeitsplatz zu verringern?

Nennen Sie konkrete Beispiele für mögliche Standards und Situationen, in denen sie dazu beigetragen haben, Leben zu retten.

Kennen Sie rechtliche Aspekte, die für den Beruf der Psychologinnen von Bedeutung sein könnten?

Zeit: 15 Minuten

Wie informieren Sie sich am besten über Suizidprävention in Ihrem Beruf?

Wie ist Ihre Erfahrung mit Richtlinien aus der Organisation, Universität oder anderen Stellen?

Wie könnten solche Richtlinien Ihrer Meinung nach am besten umgesetzt werden?

Was sollte noch in das Studienprogramm aufgenommen werden, um die Arbeit mit Patienten mit Suizidrisiko zu verbessern?

Zeit: 15 Minuten

4. UMFRAGEN und E-learning.

Sie haben zu Beginn die Fragen zur ELLIPSE-Umfrage (einschließlich des SIRI-2) erhalten.

Wir würden gerne Ihre Kommentare hören. Was würden sie an den Fragebögen ändern?

Was würden sie von einem E-learning programm zur Suizidprävention für **Berufsgruppe** erwarten?

Wie sollte es aufgebaut sein?

Wie sind die Erfahrungen mit E-learning an ihrer Universität.

Zeit: 15 Minuten

5. ZUSAMMENFASSUNG.

Zum Abschluss unserer Sitzung möchte ich Sie fragen, wie Sie diese Fokusgruppe wahrgenommen haben [im Uhrzeigersinn beginnend mit dem Moderator].

Zeit: maximal 15 Minuten

Vielen Dank, dass Sie an dem Treffen teilgenommen haben.

Anhang E

Suizid Interventions-/Reaktions Inventar-2-D (SIRI-2-D)

Dieses Inventar beinhaltet zwei Bewertungsschlüssel. Einerseits kann durch einen Deckeneffekt ein Prä-/Post-Gebrauch des Inventars gewährleistet werden. Andererseits dient es dazu Antwortfertigkeiten zu erheben, die bei einer gefährdeten Person in einer Krisenmanagementsituation eingesetzt werden.

Die folgenden Fragen stellen Auszüge aus Beratungssitzungen dar. Jedes Beispiel beginnt mit einer Aussage eines/r Klienten/in, der/die sich um gewisse Aspekte einer ihn betreffenden Situation Gedanken macht. Auf die Bemerkung des/der Klienten/in folgen zwei mögliche Antworten des/der Helfers/in.

Jede Reaktion wird dahingehend eingeschätzt für wie angemessen oder unangemessen man diese in Bezug auf den Kommentar des/der Klienten/in hält. In den Leerzeilen sollte eine Bewertung zwischen -3 und +3 gegeben werden, deren Erläuterung in der Tabelle unterhalb des Absatzes zu finden ist. Vergewissern Sie sich alle Fragen zu bewerten und keine Leerzeilen frei zu lassen.

- +3: Sehr angemessene Reaktion
- +2: Angemessene Reaktion
- +1: Nur wenig angemessene Reaktion
- 0: Weder angemessen noch unangemessen
- 1: Nur wenig unangemessene Reaktion
- 2: Unangemessene Reaktion
- 3: Sehr unangemessene Reaktion

1. Klient/in: Ich habe mich heute deswegen dazu entschieden in der Nacht anzurufen, da ich mich wirklich danach fühle mir etwas anzutun ... Ich denke schon länger an Suizid.

_____Helfer/in A: Sie sagen, dass Sie suizidal wären, aber was beschäftigt sie wirklich?

_____Helfer/in B: Können Sie mir mehr über ihre suizidalen Gefühle erzählen?

2. Klient/in: Und nun geht es nach allem Übrigen auch noch mit meiner Gesundheit bergab. Ohne meinen Mann um mich herum, der sich um mich kümmert, kommt es mir vor wie das Ende der Welt.

_____Helfer/in A: Versuchen Sie sich nicht zu viel Sorge zu machen. Alles wird wieder gut werden.

_____Helfer/in B: Sie müssen sich sehr einsam fühlen und sich davor fürchten was noch alles passieren könnte.

3. Klient/in: Aber meine Gedanken waren so schrecklich ... Ich werde sie nie jemandem erzählen können.

_____Helfer/in A: Sie können sie mir erzählen. Ich bin vom Fach und wurde dazu ausgebildet in solchen Angelegenheiten objektiv zu bleiben.

_____Helfer/in B: Einige ihrer Ideen scheinen so erschreckend für Sie zu sein, dass sie sich vorstellen andere Menschen würden schockiert sein zu wissen, dass sie derartige Dinge denken.

4. Klient/in: Keiner kann die Art von Leid verstehen, das ich erlitten habe. Manchmal fühle ich mich einfach danach mich selbst zu verletzen, dann schneide ich mich an meinen Handgelenken.

_____Helfer/in A: Anscheinend mussten Sie so viel erleiden, dass Sie nur dann von diesem Schmerz erlöst werden, wenn Sie sich an den Handgelenken schneiden.

_____Helfer/in B: Aber Sie sind doch noch so jung, Sie haben noch so viel vor sich. Wie können Sie nur daran denken sich umzubringen?

5. Klient/in: Was tun Sie außerdem? Sind Sie ein Arzt? Was wissen Sie schon was ich durchgemacht habe? Sie hatten es wahrscheinlich immer schon sehr leicht.

_____Helfer/in A: Sie fragen sich also ob ich verstehen kann was Sie fühlen.

_____Helfer/in B: Sie geben mir nicht einmal eine Chance. Ich hatte auch ein sehr hartes Leben; Sie sind nicht der/die Einzige, der/die irgendwann einmal schwere Zeiten erlebt hat.

6. Klient/in: Mein Leben war seit dem Zeitpunkt wertlos als meine Frau, Emma, vor vier Jahren gestorben ist. Die Kinder sind nun groß und verheiratet, und ich bin schon einige Zeit in Pension, davor arbeitete ich bei der Bahn. Es scheint eben besser zu sein, wenn ich tot wäre.

_____Helfer/in A: Aber denken Sie doch mal daran was Emma für Sie gewollt hätte. Sie hätte sicher gewollt, dass Sie ihr Leben ergiebig weiterführen, oder?

_____Helfer/in B: Es sieht so aus als ob alles zusammenbrach als Emma starb ... Aber was ist vor Kurzem passiert und ließ die Umstände so schlecht werden, dass sie denken Sterben sei der alleinige Ausweg?

7. Klient/in: Ich brauche wirklich Hilfe ... Es ist nur ... [die Stimme bricht ab; Stille]

_____Helfer/in A: Es muss sehr schwer für Sie sein darüber zu sprechen was Sie quält.

_____Helfer/in B: Fahren Sie fort, ich bin hier um Ihnen zuzuhören was Sie sagen.

8. Klient/in: Wenn Sie mein Problem so zusammenfassen, kommt es mir weniger verwirrend und nicht so schrecklich vor.

_____Helfer/in A: Sehen Sie, es ist letztendlich wirklich nicht so schlimm. Es ist gewiss keine Sache wegen der man gleich an Selbstmord denkt, oder?

_____Helfer/in B: Manchmal macht es Probleme ein wenig klarer, wenn man über sie spricht. Ich glaube, dass Sie realisiert haben wie gefährlich Ihre suizidalen Gefühle waren, und deshalb entschieden haben mich zu kontaktieren.

9. Klient/in: Sie hätten mir helfen sollen, aber Sie haben die Dinge nur noch schlimmer gemacht.

_____Helfer/in A: Es tut mir leid. Ich habe nur versucht zu helfen.

_____Helfer/in B: Sie hören sich recht zornig an.

10. Klient/in: Wie könnten Sie mir schon helfen? Wollten Sie sich schon jemals umbringen?

_____Helfer/in A: Es hört sich so an als würden Sie sich Gedanken darüber machen ob ich Sie verstehen und Ihnen helfen kann.

_____Helfer/in B: Sicher. Ich habe auch schon manchmal an Suizid gedacht. Dennoch habe ich immer realistischere Lösungen für meine Probleme gefunden.

11. Klient/in: Ich weiß nicht ... diese ganze Sache mit meiner Frau bewegt mich wirklich. [Schluchzt] Ich bemühe mich sehr nicht zu weinen ...

_____Helfer/in A: Glauben Sie, dass es deswegen für Sie so schwer ist Ihren Tränen freien Lauf zu lassen, weil Sie ein Mann sind?

_____Helfer/in B: Mit dem ganzen Schmerz, den Sie empfinden, muss es unmöglich sein die Tränen zurückzuhalten.

12. Klient/in: Wie kann ich noch an Gott glauben? Kein Gott würde jemals zulassen, dass mir so etwas passiert; ich habe niemals etwas getan, wofür ich das verdienen würde was geschehen ist.

_____Helfer/in A: Die Dinge haben sich so zum Schlechten gewendet, dass es schwer ist noch eine Bedeutung in dem zu sehen was Ihnen zugestoßen ist.

_____Helfer/in B: Gut, Gott wirkt auf unergründliche Art. Vielleicht ist das Sein Weg um Ihren Glauben zu prüfen.

13. Klient/in: Ich weiß gar nicht warum ich Sie anrufe. Meiner Familie geht es finanziell gut, und mein Mann verbringt sehr viel Zeit mit mir, obwohl er erfolgreich als Anwalt Karriere macht. Sogar meinen Kindern geht es gut. Sie bekommen gute Noten in der Schule und machen viele Freizeitaktivitäten mit ihren Freunden. Jedoch scheint mich nichts zu interessieren. Das Leben ist einfach langweilig ...

_____Helfer/in A: Wenn man an die vielen Dinge denkt, die bei Ihnen funktionieren, können Ihre Probleme nicht so schwer sein. Probieren Sie sich einmal mehr auf die positiven Aspekte Ihrer Lebenssituation zu konzentrieren.

_____Helfer/in B: Also obwohl die Dinge auf der einen Seite gut für Sie stehen, wirkt das Leben dennoch ziemlich deprimierend, auch wenn es schwer ist exakt zu benennen weswegen.

14. Klient/in: Ich muss jetzt auflegen. Meine Mutter kommt bald nach Hause und ich will nicht, dass sie mitbekommt, dass ich mit Ihnen spreche.

_____Helfer/in A: Ist gut, aber wenn Sie sich weiterhin suizidal fühlen, denken Sie daran, dass Sie mich immer zurückrufen können.

_____Helfer/in B: Gut, aber zuerst hätte ich gerne gewusst, ob Sie sich zutrauen sich nichts anzutun, bis Sie wieder hier anrufen und mit mir reden. Trauen Sie sich das zu?

15. Klient/in: Ist es wirklich wahr, dass viele Leute so fühlen? Ich dachte immer, ich wär der/die Einzige, der/die solche furchtbaren, sündhaften Gedanken hat.

_____Helfer/in A: Nein, es gibt viele Menschen, die an einer psychischen Erkrankung leiden. Mit der nötigen Behandlung bei einem qualifizierten Arzt können aber einige dieser PatientInnen geheilt werden.

_____Helfer/in B: Es ist wahr. Sie sind nicht der/die Einzige mit Suizidgedanken. Und Ihnen kann geholfen werden die Krise zu überstehen, wie anderen auch.

16. Klient/in: Ich bin so einsam, so müde. [weint] Es gibt einfach keinen Ausweg mehr.

_____Helfer/in A: Sie wirken so allein, so elend. Fühlen Sie sich suizidal?

_____Helfer/in B: Ach kommen Sie schon. Die Dinge können nicht so schlecht stehen.

17. Klient/in: [am Telefon] Es ist schwierig hier zu sprechen, mit all diesen Menschen.

_____Helfer/in A: Würde es helfen, wenn ich Sie etwas frage?

_____Helfer/in B: Wieso rufen Sie nicht ein andermal wieder an, wenn Sie leichter reden können?

18. Klient/in: Ich halte gerade eine Pistole an meinen Kopf, und wenn Sie mir nicht helfen, drücke ich ab!

_____Helfer/in A: Sie wirken irgendwie aufgelöst.

_____Helfer/in B: Ich will, dass Sie die Waffe weglegen, dass wir miteinander reden können.

19. Klient/in: Wieso sollten Sie sich überhaupt um mich sorgen?

_____Helfer/in A: Ich bin dafür ausgebildet mich um Menschen zu kümmern. Das ist meine Arbeit.

_____Helfer/in B: Weil ich glaube, dass Ihr Tod vollkommen überflüssig wäre, und es mich betroffen macht, dass die Dinge so stehen, dass Sie Suizid in Erwägung ziehen. Sie brauchen Hilfe um diese kritische Phase zu überstehen.

20. Klient/in: Ich hasse meinen Vater wirklich! Er hatte nie Liebe für mich übrig, nur vollkommene Missachtung.

_____Helfer/in A: Sie müssen sehr zornig auf ihn sein, dass er nicht bei Ihnen war, wenn Sie ihn gebraucht hätten.

_____Helfer/in B: Sie sollten nicht so fühlen. Er ist immer noch ihr Vater, und verdient etwas Respekt.

21. Klient/in: Ich glaube nicht, dass es jemanden gibt, den es wirklich kümmert ob ich tot oder am Leben bin.

_____Helfer/in A: Das hört sich so an als ob Sie sehr isoliert wären.

_____Helfer/in B: Wieso glauben Sie, dass sich niemand mehr um Sie kümmert?

22. Klient/in: Ich habe schon einmal versucht einen Therapeuten aufzusuchen, aber es hat nichts geholfen ... Nichts was ich tue, kann noch etwas ändern.

_____Helfer/in A: Sie müssen positiver denken! Irgendetwas muss es ja geben was Sie tun können um Ihre Situation besser zu gestalten, oder?

_____Helfer/in B: Also gut, Sie fühlen sich so hoffungslos, dass nicht mal ein Therapeut Ihnen helfen könnte. Aber vielleicht war schon einmal jemand für Sie hilfreich – ein/e FreundIn, Verwandte(r), LehrerIn, oder ein Geistlicher?

23. Klient/in: Mein Psychiater sagt mir, dass ich eine Angstneurose habe. Glauben Sie, dass deswegen etwas nicht mit mir stimmt?

_____Helfer/in A: Ich hätte gerne gewusst, was das für Sie bedeutet in der gegenwärtigen Situation. Wie fühlen Sie sich mit Ihrem Problem?

_____Helfer/in B: Ich bin nicht sicher ob ich der Diagnose zustimmen würde. Vielleicht sollten Sie eine psychologische Testung aufsuchen, nur um sicher zu gehen.

24. Klient/in: Ich kann mit niemanden über meine Lage sprechen. Alle sind gegen mich.

_____Helfer/in A: Das ist nicht wahr. Es gibt bestimmt einige Menschen, die sich um Sie kümmern würden, wenn Sie ihnen eine Gelegenheit geben würden.

_____Helfer/in B: Es muss sehr schwierig sein Hilfe zu finden, wenn man den Leuten so schwer vertrauen kann.

25. Klient/in: [Die Stimme ist undeutlich, vage über das Telefon.]

_____Helfer/in A: Sie hören sich so müde an. Warum schlafen Sie nicht etwas und rufen dann am Morgen wieder an?

_____Helfer/in B: Ihre Stimme hört sich so schläfrig an. Haben Sie irgendetwas eingenommen?

Anhang F

Suicide Acceptance Questionnaire (SAQ Version 1.0)

SAQ - German version

Die folgenden Fragen betreffen Ihre Meinung zum Suizid. Bitte kreuzen sie die zutreffende Antwort (1-2-3-4-5) an, die am ehesten Ihre Meinung widerspiegelt. Es gibt keine guten und schlechten Antworten.

- 1- trifft nicht zu
- 2- trifft eher nicht zu
- 3- trifft weder zu noch nicht zu
- 4- trifft eher zu
- 5- trifft sehr zu

Suizid entspricht meinen persönlichen Werten	1	2	3	4	5
Es gibt einige Gründe, warum Suizid gerechtfertigt sein kann	1	2	3	4	5
Suizid aufgrund einer Liebeskränkung kann gerechtfertigt sein	1	2	3	4	5
Insolvenz rechtfertigt einen Suizid	1	2	3	4	5
Der Verlust von Respekt und Autorität rechtfertigt einen Suizid	1	2	3	4	5
Eine lebenslange Haftstrafe kann ein Grund sein, um Suizid zu begehen	1	2	3	4	5
Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit sind akzeptable Gründe für Suizid	1	2	3	4	5
Körperliche Behinderung kann ein ernsthafter Grund für Suizid sein	1	2	3	4	5
Chronische Krankheiten und große Schmerzen können Suizid nicht rechtfertigen	1	2	3	4	5
Es gibt keinen guten Grund, um Suizid zu begehen	1	2	3	4	5

Anhang G

Flyer zur Kontaktaufnahme mit Teilnehmer*innen



MEDIZINISCHE
UNIVERSITÄT WIEN



ELLIPSE
E-Learning in Prevention
of Suicide in Europe

Im Rahmen des EU-Projektes ELLIPSE entwickelt die MedUni Wien ein berufsgruppenspezifisches kostenloses **E-Learning Programm zur Suizidprävention**.

Grundlage für die inhaltliche Schwerpunktsetzung dieses Lernprogrammes sollen Ihre bisherigen professionellen Erfahrungen mit suizidalen Menschen sein.

Was war oder ist Ihrer Meinung nach hilfreich?

Was benötigen Sie, um in solchen Situationen besser helfen zu können?

Ihre Erfahrungen und Erwartungen sind wichtig!

Durch Ihre Mithilfe soll es **Berufsgruppe X** erleichtert werden, professionell mit Suizidalität im beruflichen und persönlichen Kontext umzugehen.

Wie läuft die Teilnahme ab?

Sie senden eine e-Mail mit ihrer Teilnahme und dem gewünschten Datum an a00749523@unet.univie.ac.at und erhalten einen Link zum online-Webinar. Während des Termins erhalten Sie zwei kurze Fragebögen zum Umgang mit Suizidalität (SIRI-2 und SAQ) und diskutieren anschließend in einer moderierten Fokusgruppe mit Fachkolleg*innen Ihre Erfahrungen (max. 90 min). Ihre Beiträge fließen in die Entwicklung von Inhalten für ein passgenaues E-Learning Programm für **Berufsgruppe X** ein.

Mögliche Termine

XX, der XXXXXXXX

XX, der XXXXXXXX

Kontakt für weitere Fragen zur Durchführung, Anmeldung oder zum Datenschutz

Teresa Kremser, BSc. a00749523@unet.univie.ac.at

Das Projekt wird geleitet von Assoc. Prof. PD Dr. Nestor Kapusta, Medizinische Universität Wien, Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie, Suicide Research Group, Tel. +43 1 40 400 DW 30710 oder 30610 (Sekretariat), nestor.kapusta@meduniwien.ac.at

Anhang H: Transkript Psychologiestudent*innen

- 1 I: Und ich würde die Runde ganz gerne damit erst mal beginnen, dass sich jeder kurz vorstellt und die Beweggründe nennt, warum er an der Fokusgruppe teilnimmt. Vielleicht also machen wir das im Uhrzeigersinn. Mir wird als erstes ähm P1 angezeigt.
- 2 P1: ähm, okay also. Ich bin P1, ähm ich studiere im Bachelor Psychologie an der Uni Wien und ähm mache hier mit, weil ich eingeladen worden bin. Und zwar über das Seminar X von Ihrem Kollegen. Und dann dachte ich, aus Neugier einfach mal, ich mache mit. Also ich habe selbst noch keine direkten Erfahrungen mit Suizid und auch nicht direkt, ganz unmittelbar, also nicht in meinem nahen Umfeld mit Personen, die sich suizidiert hätten.
- 3 I: hm (zustimmend) P2.
- 4 P2: Okay, die Geräusche kommen nicht von mir. Ähm, genau. Ich bin P2, ich studiere im Master Psychologie an der Uni Wien und ich bin über die X hergekommen, weil sie eben gemeint hat, ja/ Ich bin bei ihr im Seminar und es wird wohl auch bei unserer Arbeit dann auch darum gehen, Fokusgruppen einzusetzen. Und ähm mich interessiert das Thema auch sehr, weil ich langfristig auch gerne in die klinische Richtung gehen würde. Und ähm, genau. Also ich habe jetzt auch keinen direkten Bezug zu jetzt wirklich zu einer Person, die sich suizidiert hätte. Aber ich habe Kontakt zu mehreren Leuten. Ich habe mehrere Leute im Freundeskreis, die lange und teilweise immer noch an Depressionen gelitten haben. Und ich habe selber auch Erfahrung in die Richtung und deshalb habe ich mir gedacht, ich mache da auf jeden Fall mit. Das klingt sehr interessant. Genau.
- 5 I: Danke. Jetzt habe ich P3 als nächstes da stehen.
- 6 P3: Also ich habe auch über ein anderes Seminar, eben X, darüber erfahren. Und dann dachte ich mir auch, das klingt echt spannend und habe mich deswegen dann auch dazu angemeldet. Und ich studiere auch im Master an der Hauptuni Psychologie. Genau, bin mal gespannt.
- 7 I: P4?
- 8 P4: ähm, ich studiere auch an der Hauptuni Psychologie im Master. Und ich bin auch über X, so wie die P2 über das Seminar drauf gekommen und ähm ich habe letztes Semester an der Charité ein Praktikum absolviert, in der Angstambulanz. Und da hatten wir schon in der Supervision das Thema, wenn die Leute am Telefon/ Also wir haben die Telefonscreenings gemacht und mussten fragen, also herausfinden, ob es in die Richtung Angststörung geht. Wir haben Panikstörung und soziale Phobie angeboten als Gruppentherapie. Und wenn es in Richtung Depression ging, sollten wir da halt nochmal nachfragen und eine Abklärung machen. ähm, das musst ich jetzt aber nie machen weil das nie um eine schwere Depression ging.
- 9 I: hm (zustimmend), danke. P5.
- 10 P5: Also ich hoffe, es ist in Ordnung, wenn ich mein Mikro immer ausschalte, weil bei mir bohren die im Haus leider. Deshalb ist es ziemlich laut ab und zu. Also ich bin auch im Master Psychologie an der Hauptuni und bin auch in dem Paartherapieseminar. Und ich glaube im/ Ich würde sagen im weiteren Umkreis, Bekanntenkreis habe ich schon was mit Suizid zu tun. Oder wurde damit mal konfrontiert, mit dem Thema. Aber wie man eben damit richtig

umgeht, weiß ich halt nicht. Weil es auch irgendwie im Studium noch gar nicht so thematisiert wurde. Und deswegen finde ich es eben superspannend und ähm auch den Austausch bestimmt hilfreich.

- 11 I: hm (zustimmend) dankeschön. P6.
- 12 P6: Genau, also ich bin P6, ich mach mein letztes Semester im Bachelor Psychologie an der Hauptuni und mir geht's eigentlich wie P5. ähm also im weiteren Umkreis quasi aber noch nie wirklich gelernt, wie man damit umgeht oder wie man helfen kann. Deswegen habe ich immer versucht, mich da ein bisschen rauszuhalten. Weil da eher die Angst ist, was falsch zu machen oder zu sagen. Und deswegen finde ich es eigentlich super wichtig und spannend, dass man lernt, damit umzugehen und auch wie man helfen kann.
- 13 I: Dankeschön. Ich habe jetzt diesen ähm Leitfaden da. Der Leitfaden wurde von ELLIPSE entwickelt. Ich würde gerne mit der Frage starten „Um quasi auf eine berufliche Realität vorbereitet zu sein, welches allgemeine Wissen über Suizid oder Suizidprävention sollten Ihrer Meinung nach Psychologiestudierende überhaupt erwerben oder im Studium erworben haben?“ Also gibt es da Beispiele vielleicht? Was wäre wichtig, zu wissen oder vermittelt zu bekommen an der Uni?
- 14 P3: Also vielleicht ähm wäre es hilfreich irgendwie, wenn man mitbekommt, wie man das Thema ansprechen soll. Also ich habe mal/ In der Anamnesegruppe haben wir das Thema mal angeschnitten und haben irgendwie gesagt bekommen, dass es schon gut ist, wenn man es anspricht, wenn jemand Suizidgedanken hat. Und dass man es nicht nicht anspricht, weil man eben Angst hat, dass es so Gedanken an Suizid auslösen kann. Sondern dass es nicht der Fall ist. Dass man offen damit umgehen soll. Aber ich finde, da haben wir relativ wenig gelernt. Also das fände ich halt interessant, wie man es zum Thema macht. Genau.
- 15 I: Also das heißt, wenn man quasi schon spürt, da ist jemand und ich habe das Gefühl, da geht es in die Richtung, wie kann ich das überhaupt ansprechen.
- 16 P3: Genau. Dass wenn man sich fragt, ob eine Person Suizidgedanken hat, ob man es dann ansprechen soll. Wie man es dann anspricht, wenn die Person es selber nicht anspricht.
- 17 P6: Gut fände ich auch quasi, wenn man da/ Also wenn man es dann anspricht, wo, also wie man es anspricht. Also ich glaube auch, dass man auch einfach nicht genau weiß, was sind die richtigen Worte oder die richtigen Sätze. Ich habe auch gerade/ Beim Fragebogen fand ich schwierig einzuschätzen, also dieser Satz ist jetzt adäquat oder zutreffend und mit diesem Satz, da verletze ich eventuell die Person oder sie fühlt sich von mir angegriffen. Eben so diese Skills, welche Sätze man am besten fragt oder wie man das Gespräch führt.
- 18 P2: ähm ich fände es sehr wichtig, dass man auf das, also abgesehen davon das wär mir auch als erstes eingefallen natürlich, dass man lernt, wie man es überhaupt anspricht. Also wie man diese Schwelle sozusagen überschreitet. Natürlich ist aber auch diese ähm Empathie was ganz Wichtiges. Nicht nur Grundsätzliches, sondern ich glaube gerade in Richtung Suizid muss man/ Also wäre es toll, wenn man irgendwie darauf vorbereitet wird, wie man so eine sichere Situation schafft. Oder so eine sichere Atmosphäre. Dass man sich sicher sein kann, dass das Gegenüber auch im Endeffekt einem ehrlich antwortet. Also, dass es jetzt nicht unbedingt ähm in die Richtung geht, ähm dass quasi die Suizidalität doch irgendwie abge/ ähm also abgestritten wird oder so. Sondern dass es halt dann einfach ein offenes Gespräch werden kann, wo das Gegenüber dann halt auch merkt, ok da kann ich jetzt einmal soweit es

- geht sagen was Sache ist, ja? ähm wie das geht, konkret ginge, in der Vermittlung ist natürlich schwierig. Aber ich glaube, der Kernpunkt ist natürlich, dass man sich zurückhält mit voreiligen subjektiven Schlüssen. Oder irgendwelchen Suggestionen. Das finde ich persönlich.
- 19 I : Suggestionen?
- 20 P2: Suggestionen in Richtung/ Ja was mein ich damit? ähm Suggestion also wie es jetzt ein bisschen durchgekommen ist bei den Fragen. Ich fände es sehr unpassend, wenn man sozusagen unterstellt, dass das und das der Grund dafür ist, obwohl es im Endeffekt ganz anders ist. ähm und ich fände es genauso unpassend wenn man jetzt quasi suggeriert, dass das Ganze nicht so schlimm sein kann. Das ist das, wo ich persönlich sagen muss, das geht nicht, ja? Das kann man nicht machen. ähm und das ist kein positiver Skill den man antrainiert bekommen kann. ähm aber das ist so was, wo man wissen soll von Anfang an, so soll man es nicht machen. Und nicht machen darf. ähm insgesamt/ Ja, das mein ich mit Suggestion. Dass man quasi etwas unterschiebt und damit ähm rechnen muss, dass der Klient sich umso mehr verschließt und umso weniger bereit ist, darüber zu sprechen.
- 21 I: hm (überlegend) also eigentlich die Frage, wie schaffe ich einen offenen Raum, in dem es möglich wird, darüber zu reden.
- 22 P2: Genau.
- 23 I: Wertfrei.
- 24 P2: Ja.
- 25 P5: Ich fände es voll wichtig zu vermitteln die Mischung aus Verständnis zeigen aber trotzdem auch Optionen aufzuzeigen halt, was einen am Leben halten könnte. Also ich stelle es mir sehr schwer vor, da die richtigen Worte und die perfekte Mischung zu finden.
- 26 P1: Ich denke, es wäre auch wichtig, dass man selber weiß, also vor allem, wenn man noch nicht komplett ausgebildet ist, wohin man die Leute, bei denen man jetzt weiß, dass sie suizidal sind, wohin man die schicken kann. Also wie man die weitervermittelt und was für Hilfen es eigentlich gibt.
- 27 P4: Ich finde es auch total schwierig, dass wenn man so eine ähm Suizidabklärung macht, dann muss man ja relativ viel Fragen abarbeiten. Und wie man dann trotzdem empathisch sein kann, wenn ich wirklich so 10-20 Fragen habe, die ich jetzt halt auch/ Naja, wo ich halt einfach die Antworten wissen muss, ne?
- 28 I: hm (zustimmend), also das heißt, es gibt auch einen rechtlichen Rahmen, mit dem man konfrontiert ist, wenn es um Suizid geht, meinen Sie.
- 29 P4: Ja, weiß ich nicht. Also wenn man jetzt bei dem Praktikum bei der Charité/ Klar, natürlich müssen wir das fragen, weil es unsere Pflicht ist. Und wenn man sich jetzt Psychologie studiert, fühlt man sich ja auch verpflichtet. Auch wenn man es/ Auch obwohl man es eigentlich nicht müsste, ja.
- 30 P1: Ja, ich finde auch ähm diese Balance zwischen sich engagieren für jemanden, also nicht zumachen wenn jemand mit so schwerem Thema auf einen zukommt, und aber auch sich nicht zu viel darauf einzulassen ist wichtig. Also das richtige Maß an Abgrenzung vielleicht zu finden.

- 31 I: Ich fasse mal so zusammen: Wir haben als Themen gehabt die Infrastruktur, wo bringe ich jemanden hin; dann den Raum zu schaffen, der wertfrei ist; und dann auch die eigene Psychohygiene. Und was ich ganz spannend finde, an den Rückmeldungen die ich bisher bekommen habe und was mir auffällt ist, dass wir davon ausgehen schon, dass wir wissen, wann jemand Suizidalität zeigt oder dass wir wissen, wie Suizidalität wahrzunehmen ist.
- 32 P1: Ja (lacht), das habe ich mir auch schon überlegt, dass es gar nicht so leicht ist. Weil man/ Also ich zum Beispiel weiß nicht, ist Suizidalität jetzt was was man einmal hat, also so einen Moment? Und wenn es wieder weg ist, ist es weg? Oder ist es ein Zustand, der immer so ein bisschen da ist und manchmal kritisch wird? Und dann wieder auf so ein normales schlechtes Niveau geht, wo er jederzeit wieder kritisch werden kann? Also ich habe gar keine richtige Vorstellung, wie das über längere Zeiträume aussieht bei einem Menschen, der halt suizidgefährdet ist.
- 33 P6: Ich weiß die Antwort auch nicht aber ich glaube, dass es unterschiedlich ist von Mensch zu Mensch. Also ich hab ein Jahr in der Psychiatrie gearbeitet im Rahmen meines FSJ und wir hatten schon Patienten, die waren da und dann waren sie weg. Wegen Suizidalität. Dann kamen sie wieder, weil es quasi einen Versuch gab oder weil es kurz davor war und dann waren sie eine Zeitlang bei uns und dann ging es ihnen besser. Und dann wieder weg. Dann kamen sie wieder. Deshalb finde ich es schwierig, also gerade noch so, dass sie quasi zu uns kommen und dass es nicht dazu kommt? Aber da hat man als Psychotherapeut dann auch eine gewisse Verantwortung und das finde ich auch besonders schwierig, dass man auch allgemein als Psychotherapeut, dass es gesetzlich ja, aber menschlich nur bis zu gewissen Grad verantwortlich ist. Aber dieses, wie schafft man, wenn wirklich wenn da Klienten oder Patienten sich das Leben nehmen sollten, dass du komplett daran Schuld bist oder es jetzt nur an dir gelegen hat?
- 34 P2: Ich melde mich nochmal kurz. ähm ich finde einerseits genau, also diese Psychoedukation für einen selbst, das ist glaube ich sehr, sehr wichtig. Weil es faktisch so ist. Natürlich, man muss das so beibringen auch, in jedem Kontext, wo es um Therapeuten geht, wie du gesagt hast. Im gewissen Maß bist du dafür verantwortlich, wie es der Person geht und sollst helfen. Und es geht/ Also, es hat alles ähm quasi auch seine Grenzen in dem Sinne von, dass halt alles seine Einflussgrößen hat und nicht unbedingt der Therapeut das Zentrum davon ist, sozusagen. ähm und wegen vorher, wie merkt man, dass eine Person überhaupt suizidal ist oder sein könnte. Ich glaube, das ist eine der schwierigsten Sachen, weil wenn man das natürlich genau wüsste, oder genau definieren kann vorher, wäre schon einmal sehr viel geschafft irgendwie ja? Also natürlich müsste man noch weiter arbeiten aber das wäre schon mal ein guter Schritt. Was ich persönlich in meiner eigenen Erfahrung habe, ich finde schon, ich habe es erschreckend deutlich mitbekommen, wenn jemand ähm suizidal war. Deshalb kann ich jetzt gar nicht sagen, wenn jemand gar nicht so wirkt und dann im Endeffekt/ Man erfährt dann trotzdem, dass er es versucht hat oder so. Das habe ich noch nicht erlebt. aber ich glaube, dass man geschult werden sollte, auf jeden Fall auch im Studium und in der Ausbildung. Darauf, was sind wirklich diese Anzeichen. Also man kann nicht alle Personen gleich in eine Schublade stecken und sagen, der verhält sich jetzt so und so und das sind die Muster. Und ich glaube, deshalb ist es ganz wichtig, dass man vorbereitet wird, und vorbereitet ist. Weil ich glaube, wenn jemand wirklich/ Wenn jemand wirklich an der Stelle zum Selbstmord ist/ Ich glaube, dass es da gar nicht mal so/ Also und da müssen Sie mich korrigiere, wenn ich falsch liege, aber ich glaube, ab einem gewissen Grad von Hoffnungslosigkeit nicht mehr so weite Unterschiede zwischen den Menschen gibt. Also ich glaub dann ist es ein ganz, ganz starkes Erscheinungsbild. Von wegen Verzweiflung, ja? Und ich glaube, das ist evolutionär fast mehr oder weniger dasselbe. Und da muss man eine Antenne dafür haben und muss halt einfach schauen okay, wie ist die Person drauf und wie

ist meine Einschätzung. Aber ähm, ich glaube es gibt eben dann auch Fälle wo es ganz, ganz deutlich ist. Und da muss man sagen, wenn sie es noch nicht probiert haben aber man merkt das, wenn eine Person keine Kraft mehr hat. Und das finde ich ganz wichtig, dass man das unterscheiden kann von Menschen, die einfach grundsätzlich eine, ja genervte oder traurigere, Haltung haben, ja? Solche Leute, die kenne ich auch. Und die haben noch nichts mit Suizidalität zu tun oder je gehabt. Sind aber trotzdem/ Wirken nicht besonders happy, ja? Und dass man das halt differenzieren kann. und dass man dann eben wirklich gewisse Anzeichen ähm ernst nimmt.

35 I: Das heißt so eine gewisse Sensitivierung anhand eines Theoriegerüsts.

36 P2: Genau.

37 I: Zum Beispiel dem präsuizidalen Syndrom. Oder also, dass man da einfach mehr Theoriewissen hat, damit man ein geschulteres Auge bekommt.

38 P2: Genau, das fasst es eigentlich viel prägnanter zusammen.

39 I: Dann sind wir nämlich eigentlich schon beim zweiten Punkt des Leifadens, ja? „Mit der Krise fertig werden“. Und da ist die Frage: „Welches Wissen darüber, wie man in Verlust- und Suizidkrisen mit anderen umgeht, oder Menschen in Krisen hilft, könnte von Bedeutung sein?“ Gibt es zum Beispiel Geschlechtsunterschiede? Was sollte man über die Prävention wissen? Das haben Sie jetzt gerade ein bisschen angesprochen. Aber was kann man ganz konkret tun? Und was sollte man vielleicht auch vermeiden?

40 P6: Nur zum Verständnis: Reden wir gerade in Fällen, wenn wir selber mal Psychotherapeuten und -therapeutinnen sind und jemand zu uns kommt, oder allgemein? Ich finde es total schwierig, so mental, also das zu unterscheiden vom jeweiligen. Also kommen die zu uns im Endeffekt? Weil das ist nochmal was anderes als wenn unser Bruder stirbt, denk ich jetzt gerade.

41 I: Eigentlich in der Rolle der Psychologin des Psychologen. Es geht eigentlich um den professionellen Kontext (.)

42 P6: Ok.

43 P5: Also, das einzige, was ich über die Geschlechtsunterschiede weiß ist, dass Männer ja meistens zu härteren Mitteln greifen und deswegen ihre Erfolgschance höher ist, sich wirklich umzubringen. und deshalb sind bei Frauen die Suizidzahlen geringer, obwohl sie es glaube ich genauso häufig versuchen. Und Frauen ja auch häufiger die Diagnose einer Depression bekommen, was dann eben auf den ersten Blick paradox erscheint.

44 I: hm (überlegend) das heißt bei Männern könnte es hilfreich sein, wenn man die Waffengesetze ändert oder Waffen wegnimmt und bei Frauen wichtiger, die Medikation zu kontrollieren? Sie haben jetzt vorhin schon gesagt, es sollte vermieden werden, eine subjektive Perspektive auf die persönliche Krise von einem Klienten oder einer Klientin zu werfen. Vielleicht kann man das unter diesen Punkten festhalten, die man lieber vermeidet.

45 P1: Ja, ich denke, wenn man auf persönliche Erfahrungen so referenziert dann ist es wahrscheinlich eher negativ oder?

46 I: Nein, gar nicht. Sie können gerne auch aus Ihrer persönlichen Erfahrung etwas einbringen. Jede Form von Input ist erwünscht.

- 47 P1: Ah nee, ich meine nicht hier, sondern wenn man im persönlichen Gespräch mit einem Patienten oder Klienten ist und dann ist es negativ zu sagen „Ja, das kenne ich auch“ oder „Das habe ich auch schon so oder so erlebt“. Das würde ich irgendwie komisch finden. (...) Was mir zum Männer- Frauenunterschied noch einfallen würde ähm von vorhin ist, ich würde bei Männern glaube ich noch vorsichtiger sein. So, es ist so schwer auszudrücken. Man kann es ja so als Schwäche empfinden, wenn man suizidal ist. Und ich denke, Männer haben mehr ein Problem damit so ganz direkt darüber zu sprechen. Vielleicht ist es in dem therapeutischen Kontext aber dann schon wieder außer Kraft gesetzt. ähm da wäre ich irgendwie vorsichtiger, da direkter nachzufragen.
- 48 P6: Das habe ich mir auch zuerst so ein bisschen gedacht. Aber dann fand ich es gleichzeitig so/ Dieses klischeehafte so, „Männer reden nicht über Gefühle“. Also ich glaube eventuell, wenn man ihnen den Rahmen gibt, diesen sicheren Rahmen von wegen „Mit mir oder bei mir kannst du alles sagen, was du denkst und deine Emotionen zeigen“, dass es auch positiv sein kann. Also dass dieses Männerbild das sie zu Hause zeigen müssen/ In dem Setting der Therapie, einen sicheren Rahmen kreiert, so dass sie ihren Gefühlen wirklich einen freien Lauf lassen können.
- 49 P4: Ja ich finde es auch ein bisschen schwierig mit so vielen Vorannahmen in so ein Gespräch reinzugehen. So, dass ich so denke, Männer sind so und Frauen so. Also ich finde als Therapeut sollte man grundsätzlich so eine Haltung des Nichtwissens einnehmen und halt fragen, wie es für die Person ist und ja.
- 50 I: Das heißt, wenn ich Ihnen so zuhöre, gehen Sie alle davon aus, dass Sie irgendwann Therapeut*innen sein werden. Weil gerade sind wir alle noch Psychologiestudierende und es ist die Frage, was kann man eigentlich mit dem Psychologiestudium? Ich denke mir, gerade Psychologie ist ja auch ein Studium/ Man kann in die Wirtschaft gehen, man kann in den unterschiedlichsten Kontexten arbeiten. Auch in der Krisenintervention aber auch als Personaler. Es gibt ja ganz viele unterschiedliche berufliche Kontexte, wo man mit Suizidalität konfrontiert werden kann. Vielleicht auch in der Diagnostik. ähm ich finde es spannend, dass alle schon im therapeutischen Setting denken. Das heißt, es kennen sich aber auch alle aus mit was gibt's für Suizidpräventionsprogramme österreichweit? Welche sind niederschwellig, welche sind gut zu erreichen? Also was mache ich mit jemandem der in einer akuten Krise ist? Wohin schicke ich den? Zu einer Therapeutin in die ambulante Praxis? Schicke ich den ins AKH? Wo soll der hin? Was mache ich überhaupt mit der Person?
- 51 P6: Also ich kenne mich in dem Fall nur mit Minderjährigen und in Deutschland, aus. Wenn es wirklich dazu kommt, dass man, ähm dass sie sich selbst gefährden könnten. Aber was man mit Leuten wirklich macht, die äh volljährig sind, weiß ich nicht. Man kann sie nicht zwingen. Deswegen wüsste ich da eigentlich gar nicht, was die erste Anlaufstelle wäre.
- 52 P1: Ja, ich wüsste es auch nicht, ähm.
- 53 P5: Ist es sicher so, dass man die nicht dazu zwingen darf? Weil ich dachte, sobald es Selbst- oder Fremdgefährdung ist, darf man schon gewisse Schritte einleiten. Aber ich kenne mich da ehrlich gesagt nicht aus, deshalb formuliere ich das jetzt als Frage.
- 54 I: hm (überlegend) vielleicht gibt es eine Rückmeldung aus der Gruppe?
- 55 P4: Ja, ich glaube das ist ein Fall, wo man diese psychologische Schweigepflicht ähm verletzen darf, tatsächlich. Aber davor muss man eben diese Suizidabklärung machen, oder?

- 56 I: Was heißt konkret Suizidabklärung? Sie haben das schon zweimal erwähnt, vielleicht können Sie das so ein bisschen beschreiben, was Sie meinen.
- 57 P4: ähm, das sind so mehrere Fragen, mit denen man das so ein bisschen, so feststellen kann, wie hoch die Gefährdung ist. Und ähm das sind so Fragen wie „Gibt es Fälle in der Familie?“, weil ähm wenn sich Familienmitglieder oder Bekannte suizidiert haben, dann ist das Risiko generell höher. ähm dann gibt es immer so Fragen über den Zeitraum, also die letzten zwei Wochen. ähm und so was, ob schon mal die Person, schon mal versucht hat, sich zu suizidieren. ähm eigentlich, ja.
- 58 I: Und wie würden Sie reagieren, wenn da jemand kommt und der sitzt bei Ihnen im Büro oder in der Praxis und der sagt „Ich habe das Gefühl, wenn ich jetzt zurück nach Hause gehe, ich bringe mich um“?
- 59 P2: Also ich so/ Also ich weiß nicht, ob das wirklich reinpasst aber ich habe schon ähm/ Mir ist gerade eingefallen, dass ich eine Erfahrung in die Richtung halt so gesehen gemacht habe. Nämlich, dass ich an einem öffentlichen Ort ähm dabei war sozusagen, wie ein junges Mädel, wahrscheinlich 13 oder so, von der Brücke springen wollte. Ja, das ist jetzt schon drei Jahre her und ich weiß noch, erst einmal hat es mich schockiert, dass es niemanden rundherum interessiert hat, dass erst mal ein Polizist aufmerksam geworden ist und sie festgehalten hat. Und ich bin hingegangen, um zu fragen, ob ich helfen kann. Beziehungsweise habe ich gewusst, wenn ich da jetzt viel Tumult mache, das bringt jetzt auch nichts. Nur was dann ähm was ich weiß, was passiert ist, ist dass sie dann auf die Ambulanz gebracht wurde. Und auf der anderen Seite habe ich dann auch/ Also eine Freundin von mir, da war es genau gleich. Also nicht genau gleich, da haben ihre Eltern dann eben einmal gesagt, okay sie sind ziemlich sicher, dass sie es wieder versuchen will. Es war in dem Fall nicht das erste Mal. Und haben sie dann auf die Ambulanz gebracht, ja? Und ich weiß nicht, ob das jetzt richtig ist dort oder falsch. Aber ich glaube schon, dass ich in dem Kontext auch die Entscheidung treffen würde, wenn ich weiß, dass diese Person keinen anderen Weg mehr sieht. Und dass ich sie nicht alleine lassen kann ohne dass sie sich was antut. Da finde ich die Ambulanz eigentlich nicht schlecht, ja? Ich finde das ist eine gute Idee, weil alles andere, wenn man dann wirklich in der Situation ist als Klient oder als Suizidaler, dass man, ich glaube nicht, noch den Nerv hat eine Hotline anzurufen. Den Nerv hat, irgendwo alleine zu warten, ja? Entweder die Rettung rufen, wie bei dem Mädchen/ Das ging nicht anders, da mussten die Sanitäter dann helfen, sie festzuhalten und in den Wagen zu bringen. ähm aber auch wenn es jetzt so eine akute Situation ist: Ich würde mich darum kümmern, dass es irgendeine Person ist, im Notfall bin ich es selber. Aber dass es irgendeine vertraute Person gibt, die sie begleitet, ja? Aber dann/ Ich finde schon, es sollte auf dem ersten Weg in die Ambulanz gehen. Weil es sind dort ausgebildete Leute, die wirklich sofort da sind in meiner Erfahrung.
- 60 I: Es könnten ja sogar Sie sein, die da sitzen und die Person in Empfang nimmt.
- 61 P2: Ach so, ja. Ja, das stimmt. Aber ich bin ja in dem Fall auch ausgebildet, ja? Oder weiß zumindest ein bisschen was darüber. ähm und weiß halt auch, was zu vermeiden ist, ja? Nur jetzt halt eben die Frage, ähm jetzt bin ich ein bisschen abgeschweift aber die Frage ähm, wo geht es als erstes hin? Ich halte das für eine sehr gute Idee, Ambulanzbesuch relativ zeitnah zu machen, ja?
- 62 I: Oder Kriseninterventionszentrum. Oder psychosozialer Dienst.
- 63 P4: Also meine Erfahrungen mit dem PSD sind jetzt ähm/ Beziehungsweise das, was ich von Klientinnen immer wieder gehört habe ist, dass die keine Zeit haben und/ Naja, die haben nie Zeit oder man kommt nicht durch. Eher schwierig halt.

- 64 I: hm (zustimmend) das heißt, dass jemand in einer Suizidkrise ist vielleicht auch länger Betreuung braucht. Also ich denke da gerade an die, an die Überwachungsräume auf der Akutpsychiatrie. Und Sie haben etwas weiteres angesprochen, P2: die Angehörigen. Und meine Eingangsfrage war auch „Was kann man machen, um Leute zu begleiten?“ oder „Welches Wissen bräuchte man eigentlich, um Leute zu begleiten, die mit Verlusterfahrung konfrontiert wurden?“, „Wie geht man mit Angehörigen um?“
- 65 P2: Also verstehe ich das richtig, mit Angehörigen von suizidalen Personen?
- 66 I: Was müssten Sie wissen, um gut mit Angehörigen in solchen Situationen arbeiten zu können?
- 67 P2: Also ich fände es ganz, ganz wichtig, das ist jetzt wahrscheinlich eh total ähm die Mainstream-Info, aber ich finde es wichtig, wenn man mit Angehörigen zu tun hat, man auf keinen Fall kommt mit ähm, mit irgendwelchen Sachen in Richtung „Ach, keine Sorge, das wird schon wieder“, ja? ähm beziehungsweise mit „Das wird sich schnell ausbügeln“. Natürlich soll man Hoffnung vermitteln aber auch da gibt es wieder Standards, wo ich wichtig finde, dass man sie vermeidet, ja? Dass man beibringt, was man dann nicht tut. Andererseits wäre mir eingefallen ähm, wenn ich jetzt zu tun habe mit einer als Beispiel Frau, ähm deren Mann ein/ Schwer suizidal ist. Und vielleicht sogar versucht hat, sich umzubringen. Und (.) ich fände es ganz, ganz wichtig einerseits ein/ Es ist halt schwer, das zu konkretisieren. Also einerseits ein Auffangnetz zu sein, das heißt erreichbar zu sein, und zu vermitteln. Das ist nicht nur ähm „Ich bin jetzt da und sage jetzt, was Sie tun sollen“, sondern „Ich bin erreichbar und ich begleite Sie quasi weiter durch die nächste Zeit“. ähm sofern es möglich ist. Und das sollte möglich sein. Und das ist das eine. Und auf der anderen Seite ähm bewusst machen, dass es erst mal nichts zu tun hat/ Also nichts suggerieren. Also dass es in keiner Weise ihre oder ihr Versagen ist. Also quasi äh sie primär dafür verantwortlich ist, dass es ihm besser geht. Weil es gibt einfach Einflussfaktoren die viel, viel mächtiger sind. Und dass es nichts konkret mit ihr zu tun hat.
- 68 I: Also das heißt, Sie würden quasi ein emotionales, ein emotionales Auffangen versuchen. Eine emotionale Ansprechbarkeit herstellen, damit sie weiß, sie hat eine Ansprechperson, die Frau.
- 69 P2: Ja das auf jeden Fall.
- 70 I: Ich habe gesehen, dass die P6 sich auch ähm nach vorne bewegt hat.
- 71 P6: Ja, ich wollte mich nur verabschieden, weil ich habe ja gesagt, dass ich früher los muss. Es war superspannend.
- 72 I: hm (zustimmend) aber danke für Ihre Teilnahme. Ich lasse Ihnen das Transkript zukommen.
- 73 P6: Ja, gerne dankeschön, tschüss.
- 74 I: Ja, hat noch jemand anderer vielleicht eine Idee oder Fantasie? P3, von Ihnen habe ich schon länger nichts gehört. Jetzt spreche ich Sie mal direkt an.
- 75 P3: Nein, ich dachte mir vorher noch zu dem, ähm der ersten Anlaufstelle, hab ich mal mitbekommen, dass es hier in Wien so was gibt wie Rat auf Draht. Wo man eben anrufen, kann in konkreten Situationen. ähm aber das ist ja dann auch irgendwie wieder für

Angehörige oder die Personen selbst. Ich denke das wär auch wieder was niederschwelliges? ähm aber ja. Sicher eher in einer konkreten Situation drin. Also das vielleicht noch?

- 76 I: hm (überlegend) also das heißt, eigentlich auch in Ihrem Job als Psychologin oder Psychologe sollten Sie die Infrastruktur an Präventions- und Interventionsprogrammen gut kennen. Und auch für Angehörige. Das ist das, was ich gerade raus höre, dass da ein bisschen mehr Wissen vermittelt wird im Studium. Oder dass es die Möglichkeit gibt, sich diese Infos zu beschaffen.
- 77 P5: Was zur Angehörigenaufklärung sagen. Also ich würde eher das Chemische, das Neurologische auch erklären, Wie es bei Menschen auch dazu kommt, dass sie Depressionen oder Suizidgedanken bekommen. Weil ich glaube, dadurch ist es auch unterschwelliger. Die Übermittlung, dass man die bekommt, dass man keine Schuld hat, weil es halt einfach was Neurologisches ist, wo man als Außenstehender keine Verantwortung dafür hat auch. Nicht so auf das Emotionale, eher faktisch.
- 78 P2: Oder auch biologisch. Also dass/ Es ist ein voll wichtiger Punkt. Dass man Leuten erklärt, dass es biologische und genetische Hintergründe hat und eben nicht nur von aktuellen Lebensumständen abhängt. Weil ich kann mir schon vorstellen, dass es Angehörige gibt, oder teilweise weiß ich, dass es Angehörige gibt, die selbst einfach weniger oder keine Erfahrung haben. Und die davon ausgehen quasi, dass so heuristisch, denken und sagen „Naja, ich kann das nicht nachvollziehen“, ja? Weil objektiv ist in dem Leben dieser Person alles in Ordnung ja? Also da wäre es glaube ich wichtig, dass man auch diesen neurobiologischen Aspekt bringt. Also auch eine Edukation ausführt. Dass man einfach sagt was da alles miteinander zusammenhängt und eine Begründung dann gibt, warum das so ein komplexes Thema ist. Und auch sagt, warum es nicht möglich ist, dass die Person mit Angehörigen über alles spricht und alles irgendwie sich ausbügeln lässt intern. Sondern einfach eine Aufklärung geben kann.
- 79 I: Psychoedukation im biologischen Sinn. Gut, machen wir weiter mit Leitfrage drei. Ich würde Sie bitten, sich einmal an ihren künftigen Arbeitsplatz zu denken, als fertige Psycholog*innen. Was glauben Sie sind im Arbeitskontext Standards, die Sie kennen müssten, um gut mit ähm Suizid umgehen zu können? Also oder was kann helfen am Arbeitsplatz? Intervention? Supervision? Was würde Sie brauchen, um am Arbeitsplatz gut mit der Thematik zurechtzukommen? Welche Standards würden vielleicht auch helfen? Ein bisschen was wurde eh schon angesprochen, glaube ich. Sie haben es eh schon angesprochen mit der Abklärung, das kann ja auch helfen.
- 80 P4: Ja, vielleicht auch, dass man mal bei so einer Abklärung dabei ist und sieht, wie es abläuft. hm (überlegend) und vielleicht auch, dass man über die ähm gesetzlichen Vorschriften Bescheid weiß. Weil ich glaube, wenn es dann um akuten Suizid geht, darf man auch sofort die Polizei rufen, oder? Dass man da halt nicht so, ich finde es ein sehr komplexes Thema, dass man sich selbst da nicht so viele Gedanken machen muss sondern gleich handeln kann.
- 81 I: Ein Rahmen, durch den man entlastet wird. P1, Sie schauen so zur Seite, was denken Sie?
- 82 P1: Ich, ja, also mich würde vor allem verunsichern, wenn ich die rechtlichen Rahmenbedingungen nicht kennen würde. Und ansonsten, nee, sonst weiß ich grad nichts.
- 83 P5: Also ich finde, es klingt zwar sehr laienhaft, aber ich fände es ganz gut, wenn man so Floskeln zu haben hat, die man sagen darf. Oder welche man vermeiden sollte? Weil ich glaube, man ist dann schon verleitet, weil man selbst so verzweifelt oder überfordert ist, was

man sagen kann und was lieber nicht. Aber ich weiß nicht, ob das zu wenig wissenschaftlich ist einfach.

- 84 I:hm (zustimmend) einen Rahmen. Das ist gut nachvollziehbar. Ein Team zum Beispiel kann ja auch so was wie ein Rahmen sein und hat einen Einfluss, wie Sie dann Suizidalität verarbeiten.
- 85 P5: So Supervisionseinheiten? Voll! Ich glaube, nur mit sich selber das ausmachen ist schwierig, man braucht dann sehr viel Erfahrung;
- 86 P2: Ich finde, dass selbst wenn man viel Erfahrung hat schon, unabhängig also wie lange man schon in der Richtung arbeitet, ich finde es ist immer wichtig, sich im Team auszutauschen oder das Wissen zu haben, sich im Team austauschen zu können. Weil ich glaube, das kann einem extrem viel Halt geben und man lernt ja auch selber viel dadurch. Also wenn ich eine Supervision habe mit Leuten, die das auch schon länger machen und die vielleicht schon ähnliche Fälle hatten, ich glaube, dass man auf jeden Fall einfach diesen Austausch ähm einander schon ziemlich viel mitgibt für die Arbeit mit Klienten. Und ich glaube da ist es sogar tatsächlich unabhängig, ob man da gerade erst angefangen hat und das der erste suizidale Fall ist ähm oder ob man schon quasi ein Profi ist, ja? Ich glaube, man kann immer/ Also ich glaube, da gibt es keinen Deckeneffekt. Man kann immer von anderen lernen und sich Tipps nehmen. Und dann merken, wie man selber entlastet wird dadurch dann emotional. Also ist meiner Meinung nach wirklich ein Kernpunkt ja?
- 87 I: Das heißt, kennen Sie denn auch irgendwelche Richtlinien oder die Vorgehensweisen, von der Fakultät der Universität, zum Beispiel?
- 88 P2: Na Fortbildung auf jeden Fall. Fortbildungspflicht? Oder war die Frage anders gemeint?
- 89 I: Ob die Fakultät oder die Meduni Handlungsempfehlungen gibt für solche Fälle?
- 90 P5: Empfehlungen, wenn man das Gefühl hat, dass wenn jemand im näheren Umfeld suizidgefährdet ist? Also ich bin mir nicht sicher, ob in diesem e du ba bei irgend so einer Infobroschüre neben sexuellem Missbrauch auch in die Richtung was stand. Aber das weiß ich nicht genau. Vielleicht. Aber es wäre vielleicht ganz gut.
- 91 I: Wenn es so was gäbe. Ja, wenn es transparenter kommuniziert würde. Und haben Sie Ideen, was vielleicht ins Studienprogramm aufgenommen werden könnte, um besser mit dem Thema umzugehen?
- 92 P1: Was allgemein helfen würde wäre so Gesprächsführung, wie man gut zuhört. Zum Beispiel. Und ich glaube, weil das habe ich noch nicht gehört, aber bei uns im Bachelor gibt es auch ein Modul dazu. Ich weiß nicht, was man genau da hört. Wissen andere hier wahrscheinlich besser
- 93 P2: Ja, ich habe die Gesprächsführungsübung, gemacht. Ist/ Man lernt auf jeden Fall. Es war auf jeden Fall sehr bereichernd, muss ich sagen. Es war eine tolle Übung. ähm nur in Richtung/ Also ich erinnere mich noch, dass wir in Richtung Suizid wenig gemacht haben. Also, es wurde schon angesprochen aber es sind eigentlich nicht nur die Grundzüge erwähnt worden, die hier auch erwähnt worden sind. ähm aber es stimmt schon, es ist ziemlich ähm relevant, dass man da ähm eben gerade im Studium drauf achtet, dass man eben nicht nur Theoretisches gelehrt wird, sondern dass man auch Tipps bekommt. Ach genau, wir haben so Rollenspiele gemacht. Wir haben so zwischen quasi Klient und Psychologen. Und halt nichts

suizidmässig. Weil dafür war einfach nicht die Zeit da. Aber schon einfach „Wie geh ich mit jemandem um, der quasi fest davon überzeugt ist, dass das was er glaubt stimmt?“. Also das war am Beispiel von einer Panikstörung. ähm wo es darum ging, wie kommuniziert man mit einem Klienten, der ähm ganz fix davon überzeugt ist, dass er körperlich krank ist. Und dass seine Panikattacke was mit dem Herz zu tun hat? Das war sehr interessant. Aber ja, jetzt so wie man das so auf Suizidalität genau anzuwenden lernt/ Ich fände das schon sehr wichtig, dass es im Studium so was gibt, dass man ähm/ Weil natürlich, man kann nicht alles vorhersehen, was dann im Berufsleben sein wird. Aber dass man zumindest mit einem Fallbeispiel mal daherkommt, ja? Muss ja nicht echt sein. Aber dass man schon ungefähr weiß, wie man das handeln könnte, ja.

94 I: Sieht die Gruppe das ähnlich? Was sagen die anderen?

95 P5: Also ich habe auch Gesprächsführung gemacht und wir haben so Rollenspiele gemacht. Und ich fand das auch WIRKLICH eines der hilfreichsten Seminare und finde es wirklich schade, dass es nicht mal verpflichtend ist, Gesprächsführung zu nehmen. Weil einem halt auch einfach/ Also ich hatte Notfallpsychologie und da fällt einem auch einfach auf, wie aufgeschmissen und überfordert man mit so einer Situation sein kann. Und ich meine, es gibt ja auch Erste-Hilfe-Kurse. Wenn man Erste-Hilfe-Kurs halt nicht für körperliche sondern psychische Akute machen kann, weiß nicht. Vielleicht für einen Nachmittag irgendwie verpflichtend. Fände ich ganz cool.

96 I: hm (zustimmend) jetzt haben Sie ja am Beginn ähm der Fokusgruppe diese Fragebögen gemacht. Wie fanden Sie die denn? Vielleicht kann ich ein paar Kommentare dazu bekommen. Wie war das für Sie, die auszufüllen? Würden Sie da was ändern vielleicht?

97 P4: Also ich fand am Anfang hat einen der Fragenbogen vielleicht auch ein bisschen verunsichert, weil man dann quasi damit konfrontiert wird, dass man auch was Falsches sagen kann. Wenn man den auswerten kann nach richtig und falsch. ähm UND DANN bin ich eigentlich heuristisch vorgegangen, weil ich habe mich eigentlich mit motivierender Gesprächsführung ziemlich intensiv beschäftigt. Und habe einfach geschaut ähm, wann ähm baue ich mit meiner Antwort eine Blockade auf und verhindere den Gesprächsfluss und wann schaffe ich es, eine Vertrauensbasis zu schaffen. Und halt dem Klienten oder der Klientin das Gefühl vermittele, dass ich wirklich zuhöre und ähm nicht mit so einer Floskel, was er grad gesagt hat so drüberfahre. Und dann konnte ich den Fragebogen eigentlich ganz gut ausfüllen. Aber ich bin mir trotzdem nicht sicher, ob es ähm immer die richtige Antwort war, weil es irgendwie/ Naja, ich glaube schon, dass man das Konzept motivierende Gesprächsführung ganz gut da einsetzen kann, weil ein Unterpunkt ist eben *empathisches Zuhören* und dieses ähm reflexive oder/ *reflexives Zuhören* und *empathisches Zuhören* heißt das glaub ich.

98 P1: Diese Antworten, wo man nochmal wiederholt hat was der Klient gesagt hat, so in eigenen Worten, die kamen ja im Fragebogen ziemlich oft. Und ich habe mich da gefragt beim Ausfüllen, wie genau muss man darauf achten, dass man wirklich nur das wiedergibt was gesagt wurde und nicht noch Zusatzannahmen reinbringt?

99 P2: Ja, also das ist ein wichtiger Punkt, dass man schaut, dass man nicht die eigenen Mutmaßungen quasi gleich reinbringt. Aber was ich sagen muss, mir ist jetzt ziemlich deutlich aufgefallen während dem Fragebogen, ähm was eigentlich eh selbstverständlich ist irgendwo, nur wie stark ein Gespräch von mir in dem Fall geleitet werden kann. Dass es eigentlich irgendwie ausschlaggebend ist. Das ist/ Einerseits kann das nervös machen, ja? Oder irgendwie beunruhigend sein, wenn man weiß, okay da haben meine Worte jetzt wirklich schon Gewicht. Auf der anderen Seite finde ich es auch motivierend, irgendwo auch.

Weil ich habe schon/ Bei den beiden Antwortalternativen habe ich so einen starken Kontrast wahrgenommen, für mich. Gefühlsmäßig, ähm teilweise, dass ich/ dass es für mich ganz klar war, wie divergent diese zwei Gespräche nach meiner Antwort weitergehen könnten, ja? Und ich habe da schon gemerkt, okay wenn ich das antworten würde, könnte ich auch eigentlich gleich einpacken. Und wenn ich das antworte, ist es eine viel größere Chance, das Gespräch zu lenken. Das heißt natürlich nicht, dass man sich immer drauf verlassen kann, auf das, was man sagt. Auch wenn man ausgebildet ist. Also man muss immer nachdenken. Aber mir ist das schon ziemlich/ Also ich fand es sehr gut gemacht, den Fragebogen. Ich fand es auch ziemlich einfach da *minus drei* und *plus drei* einzustufen. Wie angemessen das ist ähm und natürlich, teilweise ist es schwierig, genau punktuell sagen zu können, ist das jetzt gar nicht angemessen oder nur weniger oder kaum oder ja. Quasi jetzt ganz Feintuning, ja? ähm aber ich finde das ist eine wichtige Sache. Also jetzt einfach so was auch mal auszufüllen, ja? Weil da nimmt man glaube ich für sich selber wieder was mit. Und ich habe halt mitbekommen, dass es einen sehr, sehr großen Einfluss/ Also wenn ich den Dialog weiterspinnen müsste, ja? Würde da/ Würde es sehr, sehr unterschiedlich weitergehen.

- 100 I: Und wenn wir jetzt sagen, dass das Ziel unserer Fokusgruppe/ Also das was wir jetzt hier besprechen, nehme ich ja mit und die Inhalte sollen in ein e-Learning Programm umgewandelt werden. Und Sie helfen uns da quasi zu evaluieren, was brauchen jetzt eigentlich Studierende? Und wenn ich Sie jetzt so zum Abschluss oder gegen Ende der Fokusgruppe fragen würde, was braucht Ihrer Meinung nach so ein e-Learning Programm, wie soll es aufgebaut sein, hätten Sie da Ideen?
- 101 P3: Also ich glaube, es wäre beim e-Learning auch, wenn man durch Rollenspiele auch irgendwas anwenden kann. Weil ich weiß nicht, wenn man nur drüber liest, ist es vielleicht am Anfang als Input gut aber wenn man es nicht selber macht und durch Rollenspiele vielleicht, dann kann man sich doch nicht so viel mitnehmen, als wenn es durch Rollenspiele/ Also ich glaube, es wäre schon besser, wenn ähm es auch Punkte gib, bei denen man selber auch dazu kommt, was anzuwenden.
- 102 I: Das heißt, dass es vielleicht sogar eine Interaktion mit anderen e-Learning Teilnehmer*innen gibt?
- 103 P3: Ja, dass man irgendwie so testen kann, wie fühlt sich das jetzt auch an, verschiedene Sachen zu sagen. Und ähm selbst auszuprobieren. Und ich denke, dann merkt man es sich einfacher oder geht dann mehr über, dass man es wirklich versteht.
- 104 P5: Also durch die plus drei/ minus drei-Abstufungen habe ich mir immer gedacht, was wäre jetzt wirklich eine top Antwort? Also ich stimme Dir zu mit den Rollenspielen, dass das wahrscheinlich am meisten bringt. Aber dass man auch so Beispiele hat, was jetzt gute Antworten wären. Dass man es irgendwie auch anwenden kann.
- 105 P4: Vielleicht halt auch irgendwie nicht zu viel Information, sondern einfach so paar Stichpunkte, was kann man sagen ähm oder Floskeln wie P5 eigentlich gemeint hat. Damit man sich konzentrieren kann und nicht wieder zu viel Informationen bekommt, die man dann geistig in so einer Situation durchgehen müsste. ähm und beim Rollenspiel habe ich mir eigentlich gedacht, dass es ganz cool wäre, wenn man es so interaktiv gestalten könnte? Wenn ähm man immer so Antworten geben kann? Und dann so Antworten eingeblendet werden können. Vom Klienten so ein Kommentar, wieso die Antwort, die man gerade gegeben gut war. Oder wie eine Black Story und je nachdem, welche Antworten man gibt das Gespräch früher oder später endet? Das fände ich eigentlich ganz witzig. Und ähm abarbeiten könnte, genau.

- 106 I: Klingt nicht nach einem e-Learning Programm, mit dem Sie bisher Erfahrung haben. Ich habe die Erfahrung, es ist immer ziemlich viel Info, die man bekommt. Manchmal zu viel. hm (überlegend), dann würde ich am Schluss noch eine kleine Abschlussrunde machen. Vielleicht auch nach dem Uhrzeigersinn. Mit einem kurzen Feedback, wie Sie die Gruppe wahrgenommen haben oder das Gespräch und was für Sie so/ Vielleicht haben Sie was Zentrales mitgenommen. Vielleicht fangen wir mit P4 an, der ist der erste auf meiner Liste.
- 107 P4: ähm, also ich hätte nicht gedacht, dass das Gespräch so kompliziert wird. Weil das Thema war dann doch viel ähm mehr als erwartet. ähm und manchmal war es mir auch nicht ganz klar, um was es geht: Sind wir Psychologiestudierende, oder im Beruf oder geht es um die Freunde und so. Da war es schwierig, mitzukommen. ähm aber hat auf jeden Fall zum Nachdenken angeregt und jetzt ähm an der Uni bräuchte ich auch/ Ich glaube, gerade weil es ein Thema ist wo man so verkopft und einem so viele Gedanken in den Kopf schießen, dass man handlungsunfähig wird/ Besser wenn man es kürzer fasst. Genau, dass so ein e-Learning Programm einem den Eindruck vermittelt so, hauptsache du machst was, so wie bei Erste Hilfe, eigentlich. Wenn man jetzt so das Gefühl hat, so als Ersthelfer könnte man was falsch machen, wenn man das Gefühl bekommt, man kann nichts falsch machen, hauptsache es kümmert sich überhaupt mal jemand drum.
- 108 I: Eigentlich wie P5 vorhin vorgeschlagen hat.
- 109 P5: Also ich fand es spannend, dass jeder von uns unterschiedliche Erfahrungen in unterschiedlichen Kontexten dann hatte. Oder alle so auf Distanz bisschen, aber sich jeder so ein bisschen überfordert fühlt. Und ich war auch ein bisschen ERSCHLAGEN von der Komplexität, und JA, fände so ein Programm auf jeden Fall hilfreich und wichtig. Und ja, einfach so die ersten drei Schritte, die man machen sollte, wie bei Erste Hilfe die stabile Seitenlage, an denen man sich konkret orientieren kann. Hauptsache man macht mal was.
- 110 I: hm (zustimmend) P1?
- 111 P1: Ich fand es ähm sehr interessant. Hat mir Spaß gemacht. Ich habe viel gelernt. ähm ich fände bei dem Programm auch, wenn es für Studenten ist, wichtig dass es grundlegend bleibt. Also dass man einen Rahmen geboten kriegt. Dass ähm, was vorhin gesagt wurde: Hauptsache man tut was und wendet sich nicht ab. ähm und dann auch an wen kann man sich wenden? Also dass auch die Information zusammengefasst ist und ähm diese Grundlagen, wie sie im Fragebogen zusammengefasst sind: Was kann man sagen, was sollte man auf gar keinen Fall sagen.
- 112 I: hm (zustimmend) P3 habe ich hier noch stehen.
- 113 P3: Ok also ich fand den Fragebogen am Anfang interessant. Ich hätte auch interessant gefunden, so eine Art Musterlösung oder so was dazu noch zu sehen. Also wie andere das bewerten noch zu sehen. Weil man hat eine Meinung, wie man das für sich einschätzt und ist sich ja dann oft auch sehr sicher. Aber ich fände es interessant, zu wissen wie es sonst noch so ist. Und ja, ich wäre dann eben auch gespannt auf so ein Programm eben.
- 114 I: Und die P2 oder wollten Sie noch was sagen? Entschuldigung.
- 115 P3: Nein.
- 116 P2: ähm ich fand die Fragebögen sehr interessant. Wirklich, dass man sich mal durchüberlegt. In der Runde ist mir aufgefallen, wieder mal vor Augen geführt worden, wenig überraschend, dass das Thema sehr groß ist. Sehr komplex. Dass es aber umso wichtiger ist,

praktische Werkzeuge dann irgendwo in die Hand zu bekommen. ähm die Idee mit dem Erste-Hilfe-Kurs bei in Richtung Suizid super. Also genau so was würde es wirklich brauchen. Weil viele Studenten theoretisch viel drüber wissen und intuitiv oder aus Erfahrung wissen, was sagt man am besten oder was nicht ? Und wie schaut Prävention aus. ich finde es trotzdem wichtig, dass man es im Studium als fixen Bestandteil dazu nimmt. ähm gerade deshalb, weil ähm ich glaube, dass es auch sehr entlastend sein kann, wenn man weiß okay ich weiß über dieses Thema nicht nur theoretisch sehr viel sondern habe auch praktische ähm Handlungsanweisungen. Oder ein paar Ansätze, dass man nicht hilflos dasteht. Also dass man da besser vorbereitet wird. Und ich glaube, das ginge am besten, durch eben mehr Gesprächsführung oder so einen klassischen Erste-Hilfe-Kurs. Weil das führt einem ja dann oft ähm vor Augen, dass es nicht weniger dramatisch oder weniger komplex ist, als wenn jemand vor mir einen Schlaganfall hat. Also ich finde das eigentlich am besten, wenn man es genauso aufzieht und genauso nennt. Also Erste-Hilfe. Weil das gibt einem Anstoß. Man kann was tun, ich kann was tun und ich kann meine Kompetenzen in die Richtung ausweiten, ja.

117 I: Gut, dankeschön. Also dieser Leitfaden wird vorgegeben und ich weiß auch, er ist ein bisschen umständlich. Ich fand es spannend, dass wir alle schon davon gesprochen haben, wie es wohl sein wird, wenn wir Therapeut*innen sind. Dass wir ähm schon aus therapeutischer Sicht antizipiert haben, was wir brauchen. Und finde den Gedanken von so einem Erste-Hilfe-Programm auch mit der Gesprächsführung wichtig. Und denke mir aber auch es ist sicher wichtig, dass Institutionen, die zur Suizidprävention beauftragt sind oder sich beauftrag fühlen, da kurze Beiträge für dieses e-Learning Programm gestalten. Und ein bisschen Aufklärung betreiben, um auch sichtbar zu werden. Also damit auch eine Helferinfrastruktur sichtbarer wird für Psychologiestudierende. Gut und ich bedanke mich jetzt für alle Beiträge und die Zeit, die Sie sich genommen haben.

Anhang I: Transkript Psychotherapeut*innen

- 1 I: Beginnen wir mit dem Allgemeinwissen. Was ist Ihrer Meinung nach wichtig, was sollte man wissen als Psychotherapeut?
- 2 P1: Ich fange kurz gleich mal an. Also ich finde wichtig, dass man (...) dass man/ Also als personenzentrierte Psychotherapeut*in finde ich natürlich die (...) die „Core Conditions“ von Rogers aufbauend oder wichtig. Aber ich habe mir nämlich zum ersten Mal gedacht, deshalb bin ich auch heute glaube ich da, bei einer Jugendlichen, die einen Suizidversuch hatte in aufrechter Betreuung bei mir, am Abend nach der Stunde noch. Wo sie bei mir war, wo sie rausgegangen ist mit zwei Daumen nach oben, das war die Verabschiedung, also nach einer Phase wo ich (...) ja, im Nachhinein sehe ich das anders aber wo ich mir gedacht habe, die Stimmung ist gut. Und da hab ich mir gedacht, aber auch davor schon recherchiert und hab diesen Artikel vom Claudius Stein/ Der hat mir ähm zusätzlich zur personenzentrierten Ausbildung, die ja wirklich/ Also normalerweise habe ich so die Einstellung, dass das reicht und es braucht da wirklich nicht mehr aber bei Suizidalität ist das anders. Da finde ich, da braucht es das Wissen, eben, dass es, auch wenn die Stimmung gut ist, dass es vielleicht auch dann gefährlich werden kann. Wenn sie da so einen Antrieb hat. Das habe ich auch vorher schon gewusst aber irgendwie ist es dann ähm/ Aber auch diese/ Wesentlich habe ich gefunden, dass es die wesentlichen Punkte Selbstwertstabilisierung, Umgang mit Aggression und Umgang in nahen Beziehungen/ Dass das so wichtige Punkte sind. Das hat mich so ein bisschen strukturiert im Kopf. Dass ich mich nicht reinziehen lass in die Dynamik, dass ich bei mir bleiben kann, das hat mir sehr geholfen. Und auch Umgang mit Klinken weiß nicht, ob man da eine Ausbildung haben kann dazu. Aber ich finde, ich habe schon Erfahrungen mit dem Jugendamt gehabt da, aber trotzdem war es sehr überraschend dann auch zu hören, wann die entlassen wurde aus der Klinik. Weil die eh schon in Behandlung ist, bei mir und sie glauben, dass sie früher oder später eh schon Erfolg haben wird. Das war die Prognose und das ist/ grundsätzlich arbeite ich sehr gerne mit dieser Klinik zusammen und find die auch total super und von der Haltung her. Ja, sehr sehr menschlich. Aber diese Aussage hat mich halt sehr schockiert. Ja und mittlerweile/ Sie ist noch immer bei mir in Behandlung und wir arbeiten jetzt am Abschluss und das ist auch so ein bisschen das, der zweite Punkt, warum ich heute da bin. Weil ich dachte, vielleicht höre auch ich Dinge, die ich mitnehmen kann, damit auch ich sie mit einem guten Gefühl loslassen kann. Nämlich mit diesem Wissen „Chronisch suizidal, irgendwann hat sie eh Erfolg“ kann ich sie jetzt gehen lassen? (...) Ja, personenzentriert finde ich superfein, habe mich dafür entschieden. Aber ich glaube, es braucht gerade beim Thema Suizidalität/ Auch damit ich mich immer wieder wohlfühle und damit umgehen kann, wenn so was passiert. Mein schlimmster Horror, Suizidversuch in aufrechter Betreuung, ja.
- 3 P2: Also so, dass quasi überhaupt nicht die Schule unbedingt nur ausreicht. Also dass da das Theoriegerüst reicht und man da sein Handwerkszeug mitkriegt, sondern dass es beim Suizid auch was schulenübergreifendes geben soll, wo man (...) wo man auch zusätzlich noch ein Wissen, was/
- 4 P1: Die Frage kann ich so gar nicht beantworten mit ja oder nein. Wenn ich jetzt vielleicht eine super Psychotherapeut*in mit langer Erfahrung bin, die schon zwanzig Jahre im Beruf arbeitet, reicht personenzentrierte Haltung aus. Und grundsätzlich glaube ich das ja auch. Aber für mich, in dieser Situation, mit diesem Suizidversuch, der eben passiert ist, während sie bei mir schon war, ähm hat mir Sicherheit gegeben, damit ich nichts übersehe. Eine Struktur: Wie funktioniert die Dynamik? Wie ist die Dynamik zwischen ihr und mir? Wo sind die Fallen, wo ich reintippe mit irgendwelchen tralala-Themen? Oder was es/ Dass es da eine Hidden Agenda geben kann. Und ich nicht auf Problemen arbeite/ Dass ich bewusst aktiv und direktiv, was nicht personenzentriert im

klassischen Sinn ist, die Suizidalität einfach anspreche zum Beispiel oder ja/ Und das ist schon alles in der klassischen personenzentrierten Theorie auch drinnen. Aber in so einer Fülle an Themen, die man hat, wenn man neu beginnt, ist es trotzdem hilfreich, dass man bestimmte Themen, die bei der Dynamik wichtig sind auch durchlesen kann.

- 5 P2: Ich stelle mir auch gerade vor, dass es sicher total schwierig ist, wenn dann ähm so ein Suizidversuch trotz aufrechter Therapie stattgefunden hat. Wie dann wieder zurückkommen und wie dann wieder ins Arbeitsbündnis auch gehen? Und was passiert dann danach?
- 6 P1:hm vor allem im institutionellen Kontext. Es war für mich deswegen schwierig, weil die Supervisorin was ganz anderes gesagt hat, als meine Leitung. (lacht)
- 7 P2: Ok?
- 8 P1: Und dann war ich mit meiner Fachlichkeit und mit meinem Blick darauf/ (...) das war sehr konflikthaft. Also das war sehr abseits von der Betreuung der Eltern. Wo es auch unterschiedliche Erwartungen gegeben hat von der Supervisorin, die gemeint hat, „Nein, wir rufen jetzt gar nicht den Vater an, sondern die Jugendliche“, wo ich draufgekommen bin, ich hab nicht mal die Nummer von der Jugendlichen gehabt. Das war so ein Fehler von mir, wo ich draufgekommen bin. Das hab ich seitdem gelernt, dass ich jetzt ab einem gewissen Alter das nicht mehr über die Eltern mache, sondern direkt die Zustimmung und das Arbeitsbündnis mit der Jugendlichen hole. Und eigentlich war ich war froh, dass sie es nicht geschafft hat. Weil es wäre schwer für mich zu verkraften gewesen. Es war relativ am Anfang meiner Karriere aber im Nachhinein gab es ein ganz anderes Arbeitsbündnis und ein ganz anderes/ Meine Identität als Psychotherapeut*in/ Ich war dann sehr ähm lenkender als ich sonst bin.
- 9 P2: Also es hat auch Implikationen gehabt, dann eigentlich so.
- 10 P1: Ja, es hat sehr viel verändert in der Beziehung zwischen ihr und mir. Auch dass ich meine eigenen Gefühle und meine Selbsterfahrung reflektiert habe und ihr das dann auch ein Stückweit mitgeteilt habe, dass ich auch wütend war auf sie. Oder dass vielleicht es ein Trauerprozess war: Dass ich erst Erleichterung gespürt hab und dann Trauer. Und dann auch wütend geworden bin nach dem Schock, oder so. Und das war auch für sie schön zu sehen, dass es etwas macht mit mir. Das hat sie immer wieder formuliert und dass ich auf der menschlichen Ebene auch wichtig bin, also sie mir ist und umgekehrt. Auch aber, dass ich dann mir ein neues Arbeitsbündnis geholt habe und auch/ Schau, dieses Thema Suizidalität/ Also ein Stückweit Kontrolle. Ich habe mich auch beschäftigt mit dem Thema Nonsuizidvertrag, wo ich dann aber abgekommen bin davon. Da habe ich sehr widersprüchliche Literatur gefunden. Die einen sagen, es ist gut, die anderen sagen, es kann sogar gefährlich sein. Ich habe das mit ihr dann auch so ein Stückweit beschäftigt. Sie hat auch so einen Vertrag mit einem Freund gehabt von ihr, die sich alle so ritzen ähm und haben das dann nicht gemacht, weil ich nicht ihre Selbstwirksamkeit/ (...) Also es war so im Dialog. Ich wollte nicht dann Verantwortung übernehmen oder so vermeintlich. Sondern es ist ihre Entscheidung und ein springender, das ist mein letzter Satz dazu, springender Punkt vom Jean Améry gibt es ein Buch, „Hand an sich legen“, das ich mir gekauft habe in der Zeit. Und da steht drinnen, auf der ersten Seite „Das Leben verändert sich nicht dadurch, es wird nicht besser, wenn man sich suizidiert, sondern es hört auf“. Und das war ein bisschen ein Schock für sie, als ich ihr das gesagt habe wie ich das gefunden habe. Weil ich glaube, das hat so ein bisschen das

beschrieben, was dann passiert ist in der Therapie. Dass sie dann nicht mehr so bisschen dieses/ gecheckt hat, „Aha es wird eigentlich nichts besser dadurch, sondern es hört komplett auf“.

- 11 I: Da hat P3 auch schon genickt. Und gelächelt.
- 12 P3: Ja, ich habe das Buch gelesen. Wir mussten vor dem Status eine wissenschaftliche Zwischenarbeit schreiben und ich habe die über chronische Suizidalität geschrieben. Und habe da auch schon ein Buch gelesen, ja.
- 13 I: Wir haben jetzt schon viele Punkte angesprochen ähm, im Besonderen kam für mich hervor die Frage, wie man in der Krise helfen kann. ähm, gibt es dazu noch Impulse aus der Gruppe? Das schien mir ein sehr wichtiger Punkt zu sein.
- 14 P3: Also wenn ich mal/ Ich versuche mal meine Gedanken so ein bisschen zu formulieren. Ähm, grundsätzlich ist für mich wichtig, die Stufen der suizidalen Entwicklung und auch dieses/ Das präsuizidale Syndrom ähm das heißt so, von Ringel? Die Grundlagen, wie schaut das aus? Woran könnte ich das erkennen? Was sind die Signale? Um überhaupt das zu bemerken, wenn jemand nichts sagt. In welche Richtung es gehen könnte und ähm, ich merke ich bin sehr vorsichtig mit meinem/ Also die Frage wie kann ich helfen bedeutet für mich gleichzeitig auch mit das Akzeptieren, dass es sein könnte, dass ich nicht helfen kann. Also ich bin von vornherein auch sehr mit meinen Grenzen konfrontiert und versuche das mit einzubeziehen. Ich kann anbieten, was ich kann und gleichzeitig könnte es trotzdem sein, dass es nicht erfolgreich ist. Also mir persönlich hilft es einfach da über eine übersteigerte Illusion vom Helfersein ähm, also da nicht in eine Falle zu tappen sozusagen. Für mich ist das auch wichtig, das den Klienten zu sagen, dass ich die Unterstützung bin und dass es dennoch deren eigene Verantwortung ist, was sie letztlich mit ihrem Leben machen. Das kann man nicht in einer akuten Phase machen, aber so in manchen Stufen habe ich damit sehr gute Erfahrungen gemacht, ja? Und in der Krisenintervention habe ich gemerkt, dass es nicht schulenspezifisch ist, das Arbeiten. Sondern dass es da/ Da gibt es allgemein so Kriseninterventionsstrategien, die fachübergreifend sind ähm und (...) meine Erfahrung ist, um jemandem tatsächlich in einer akuten Krise helfen zu können, reicht eine Psychotherapiestunde regulär nicht aus. Da muss ich dann sehen oder entscheiden, kann ich da jetzt mehr bieten an Zeit und Unterstützung oder Erreichbarkeit oder muss ich von vornherein das auch deutlich machen, dass ich Grenzen habe. Ich muss natürlich darauf hinweisen, dass es irgendwo Grenzen gibt und weder/ Ich habe es bei Kollegen erlebt, die eher das Thema vermeiden. Und für mich ist es wichtig, mich sehr wohl damit auseinanderzusetzen: Also auch ähm was macht mir Angst an dem Thema? Sind es eigene suizidale Anteile, die ich habe und stehe ich dazu? Dadurch kann ich andere nachvollziehen also ähm den anderen nachvollziehen aber auch den Umgang damit. Also ähm zum Beispiel ähm/ (...) Tatsächlich eine Sichtweise, dass jemand wirklich die Wahl hat, sein Leben zu beenden und ich das akzeptieren muss im Ernstfall. Da spielt für mich mit rein ähm/ Und ich habe die Erfahrung gemacht, mit Antisuiizidverträgen. Nur bei einer Klientin war es hilfreich und bei den anderen ist es kein Thema. Also da bin ich auch/ Wäre es nicht meine erste Wahl. Also die eine Klientin, die kam schon von einer anderen Therapeutin und diese Therapeutin hatte das mit ihr sozusagen ähm so entwickelt. Und erstellt. Und Ich habe das dann so übernommen und die Klientin, die kam dann immer so von selbst. Die merkte es wird ihr zu gefährlich, die wollte dann immer schon den Vertrag erneuern. Also das habe ich dann einfach mit übernommen. Da habe ich/ Wenn das hilfreich ist für die Klientin, mache ich das. Ansonsten ist es jetzt für mich nicht so im (...)

- 15 I: Wir haben schon ziemlich genau/ Sind auf einen Punkt eingegangen: Nämlich was tun, was sollte man nicht tun, wenn der Patient, die Patientin in einer Krise ist. Gibt es dazu noch Gedanken? Was sollte man tun? Was natürlich auch sehr interessant ist, was nicht?
- 16 P2: Vielleicht kann ich noch ganz kurz was sagen? Weil ich bin jetzt das erste Mal mit einer Patientin konfrontiert, die ganz konkrete Suizidgedanken hat. ähm aber die ist in keiner akuten Krise irgendwie. Ich habe so den Eindruck, es schwelt und es hat so was ganz Impulsives, was ganz Aggressives. Also die war jetzt zweimal bei mir und abgesehen von diesem „Naja, ich komme, weil ich mir denke, es wär besser, wenn es vorbei ist“, fällt es ihr total schwer irgendwas zu sagen. Also es steht nur die Suizidalität im Raum aber eigentlich jetzt auch/ Also ich habe das Gefühl es ist jetzt nicht ganz akut sondern es ist eher so was was ganz Impulsives. Etwas was ganz plötzlich passieren kann. Und da stell ich mir auch die Frage, wie damit umgehen? Weil es ist ja schon auch ein Unterschied zu einer Krise, wo jemand sagt „Also ich habe jetzt das Gefühl, ich gehe nach Hause und ich suizidiere mich“. ähm also es gibt ja dann, hab ich so das Gefühl, auch unterschiedliche Modi, in denen da etwas passieren kann. Ich weiß nicht, wie Ihre Erfahrung damit ist, ja? aber das fällt mir sehr schwer da,... also es ist jetzt niemand, wo ich sagen würde, da wäre es vielleicht besser/ Wo ich sage, ja da ist meine Grenze und Sie fahren besser ins Spital. Oder da kann ich einfach nichts mehr machen sondern (...) ja.
- 17 I: Und würden Sie sagen, dass das Kennen der eigenen Grenzen wichtig ist, im Umgang mit suizidalen Patienten?
- 18 P2: Ja aber wie gesagt, da also/ Die Grenze wäre für mich eher erreicht, wenn ich wüsste, da ist jemand akut suizidal und ich wüsste, da muss ich mich jetzt an einen institutionellen Rahmen vielleicht auch wenden, weil da die Psychotherapie als Methode die Grenze hat. Aber sie kommt ja, also es ist ja gar nicht so akut, dass ich glauben würde, da wäre ihr jetzt/ Also dass ihr mit einem Aufenthalt irgendwo geholfen wäre. Also es ist schon eine große Herausforderung, es ist wie so ein Graubereich.
- 19 I: Wir sind bei Frage drei angekommen: Gibt es spezifische Kenntnisse, die Psychotherapeuten in ihrer Ausbildung im Hinblick auf ihren künftigen Arbeitsplatz über Suizid lernen sollten? Gibt es Standards?
- 20 P1: Also, das habe ich mir schon oft überlegt. Ich habe ja gesagt, dass es schulenübergreifende Standards geben sollte, die man mitnimmt. Ich bin mir immer noch unsicher, wann rufe ich die Rettung wenn eine Patientin bei mir ist, der es nicht gut geht? Kann ich mich mit jemandem besprechen? Das wäre wirklich wichtig. Ich habe mich schon oft nach so etwas gesehnt: Einer Ansprechperson in solchen Fällen. Natürlich gibt es Supervision aber je nach Schule ist die auch unterschiedlich dicht, beziehungsweise ist es nicht immer so einfach, auch zeitnah jemanden zu bekommen dann.
- 21 P3: Ja, einen Erste-Hilfe-Kurs, sozusagen. Aber auch Supervisionsmöglichkeit. Je nach Fall gibt es ja auch unterschiedliche Anforderungen. Ist jemand chronisch suizidal? Oder ist es eine akute Krise?
- 22 P1: Was mir damals auch geholfen hat, waren meine Kolleginnen. Also die Patientin, die/ Es gab

vorher schon Versuche. Man kannte sie also im Team bei der X. Und als ich dann begonnen hatte mit der Therapie bei ihr und sie den Versuch hatte, da kam ich ins Kollegium und die waren sehr aufbauend. Also entlastend einfach. Das hat mir gut getan.

- 23 P2: Ich denke mir auch, es sollten Standards herausgegeben werden, wie das Verfahren abläuft, wenn man den Eindruck hat, jemand ist suizidal und man muss jetzt Dritte einschalten. Weil um ehrlich zu sein, ich weiß nicht, was dann die Schritte sind, wenn ich die Rettung rufe. Auch was mit der Patientin passiert. Klar, kann man es auch mit Patientinnen besprechen aber wenn jemand sich verweigert und dennoch damit droht? Das macht ja auch ganz viel mit dem Verhältnis Therapeut*in-Patient*in in der Therapie. Also wie geht man damit um, welche Implikationen hat das, wenn ich Dritte verständige auch für einen weiteren Prozess? Und welche hat es, wenn ich das nicht tu?
- 24 P3: Also ich weiß eigentlich auch nur vom Standard, dass ich Dritte einschalten muss, wenn jemand eine Gefahr für sich oder andere wird. Aber was dann passiert, weiß ich auch nicht. Eine gute Dokumentation? Aber die schützt auch nicht vor den Gedanken, die man sich dann selbst macht, wenn man aus der Praxis geht und weiter grübelt, weil es einen nicht lös lässt.
- 25 P1: Ich habe dann Supervision gehabt. Leider nicht in hoher Frequenz und auch zeitverzögert. Also ich habe mir schon Vorwürfe gemacht und hätte mir eine dichtere Betreuung gewünscht, um den Fall noch einmal zu besprechen auch. Es hat mich schon eine Zeit gekostet dann. Ich meine, ich war damals beziehungsweise, ich bin auch jetzt noch ziemlich am Anfang. Klar, dass man da unsicherer ist, als wenn man jahrelang Erfahrung in dem Bereich hat.
- 26 I: Das wäre dann auch ein guter Punkt für das e-Learning Programm. Leider haben wir nicht mehr so viel Zeit. Was würden Sie sich als Psychotherapeuten vom Programm wünschen?
- 27 P1: Ich fände auf jeden Fall etwas Interaktives toll. So dass ich mich auch mit anderen austauschen kann. Vielleicht ein Chat. Oder eben so etwas wie Rat auf Draht für Therapeutinnen. Also eine 24-Stunden-Hotline wo man als Therapeutin anruft und Fragen klären kann wie „Muss ich mein Telefon jetzt die ganze Nacht für die Patientin an lassen und muss ich auch ran gehen, wenn sie anruft? Weiche ich von der Abstinenz ab und wenn ja wie viel?“
- 28 P3: So eine Nummer wäre superklasse. Aber auch einfach noch einmal so ein theoretischer Input oder rechtlicher Input. Etwas, das ich immer wieder nachlesen kann. Ich glaube, so etwas muss auch im Sinne der Qualität in regelmäßigen Abständen wiederholt werden.
- 29 P2: Ja, da stimme ich zu. Ich finde so etwas ziemlich sinnvoll, eine Hotline, wo man sich schulenunabhängig Rat von Expert*innen holen kann. Und eben auch so Indikatoren, woran man jetzt erkennt, dass jemand wirklich suizidal ist. Ich meine, ich muss das zwar abfragen und muss dann auch fragen, ob es bereits Pläne gibt aber wenn jemand mir nicht die Wahrheit sagt, eigentlich ganz gut drauf erscheint auch, dann/ Wahrscheinlich kann man sich eh nie sicher sein. Aber es würde helfen, wenn man etwas Konkretes in der Hand hätte, an dem man sich auch in der eigenen Praxis festhalten kann.

30

P1: Aber auch etwas, also ein Onlinekurs, den man immer wiederholen und auffrischen kann. Wie bei der Ersten Hilfe.

Anhang J

Transkript Betroffene und Angehörige

- 1 I: Ich würde unsere Runde vielleicht ganz gerne mit einer kurzen Vorstellung von allen Teilnehmer*innen starten und vielleicht können Sie sagen, warum Sie heute Abend da sind. Bei mir ist als erstes, ich würde das im Uhrzeigersinn machen, P1, vielleicht können Sie was sagen.
- 2 P1: Gerne wir sind übrigens alle per Vornamen untereinander.
- 3 I: Ok
- 4 P1: Mein Name ist P1 ich bin Ex-Wiener*in und lebe jetzt seit 20 Jahren in den Bergen, nämlich an der niederösterreichischen Grenze nämlich ich bin langzeitbetroffen gewesen, bin seit ca. 7-8 Jahren aus der akuten Betroffenheit draussen. Ich sage aber immer man kann nie wissen, ob einen ein Rückfall ereilt. Ich werde nie vergessen, wie sich das angefühlt hat, von Depressionen betroffen zu sein. Ich engagiere mich jetzt seit gut 15 Jahren in der Betroffenenvertretung, bin das 5. Jahr im X-Gremium. Das ist Suizidprävention und mache seit 2012 für den Rettungsdienst Krisenintervention und bin da sehr häufig mit Suiziden konfrontiert, mit Einsätzen zum Suizidgeschehen. In den meisten Fällen nicht nur ein versuchter Suizid ähm sondern da muss man wirklich sich dann die Angehörigen begleiten dadurch, ich hab eine mittlerweile fast 25-jährige Tochter, bei der in unterschiedlichen Pubertätsphasen Suizidalität da war.
- 5 Das hat mir als Angehörige große Angst gemacht und vor allem diese Unmöglichkeit irgendwas einschätzen zu können, weil den nächsten Angehörigen gegenüber verschließt man sich am meisten ähm und ich kenne die Suizidalität auch aus eigenem Erleben. Bei meinem zweiten Psychiatrieaufenthalt haben sich Suizidgedanken breit gemacht, die mich wirklich überrascht habe, wo ich wirklich keine Ahnung hatte, wo sie herkamen. Mag sein, sie können durch eine Medikamentenumstellung ausgelöst worden sein aber es war wirklich heftig, wie ich das selber erlebt habe, dem ausgesetzt zu sein. Und für mich ist die Suizidprävention, die äh Einladung an jeden, der es kann darüber zu reden, äh, es ist mir ein großes Anliegen
- 6 I: Dankeschön. So, P2.
- 7 P2: ähm ja bei mir ist es so dass ich selbst drei Versuche hatte. Das war ähm 2004, 2005 ja und die waren auch dementsprechend sehr, sehr knapp. Also ja, über Intensivstation ja und lange Zeit Geschlossene und so weiter. Ja und aufgrund von sehr vielen Lebensereignissen haben sich auch sehr viele, ich persönlich mag den Begriff Diagnose nicht, weil es für mich auch Verhaltensweisen sind, die sich als Überlebensmechanismen entwickelt haben, meine Meinung für mich. Ähm, ja, jedenfalls habe ich alles was man in den Büchern findet und rede auch sehr gerne, vielleicht ein komischer Begriff, dazu. Aber ich rede sehr viel mit anderen Betroffenen drüber, weil ich mich aktiv fürs Leben entschieden habe. Nach (...) meinem dritten Aufenthalt, trotz allem. Und dann eben zur Unterstützung sich zu entscheiden und auch zur Aufklärung bei den Fachleuten, was besser sein kann. Weil da in der Fürsorge offensichtlich einiges ähm mit guter Absicht schief läuft (lacht).
- 8 I: Ok, da werden wir sicher auch noch drauf zu sprechen kommen.
- 9 P2: Ja und das ist auch, warum ich, als ich da eingeladen wurde, gesagt hab ja hier bin dabei. Ja und also da ähm da waren sehr, sehr viele dunkle Zeiten. Jetzt ist es eher das Gegenteil von der Lebensfreude und der Resistenz, die ich versuche weiterzugeben.
- 10 I: Dankeschön. Passt das so für Sie?
- 11 P2: Ja.
- 12 I: Dann P3, bitte.

- 13 P3: Ja, ich bin Südtiroler*in, bin in Österreich geblieben nach dem Studium, bin dann, während dem Studium habe ich eine Psychose gehabt. Ich hab während dem Studium mehrere Psychosen gehabt. Bei der zweiten Psychose habe ich an die Existenz des Teufels geglaubt und wollte mich bestrafen und wollte mich deshalb umbringen. Das war halt eines der Symptome meiner Psychose. Bei meiner zweiten, also ich habe mehrere Psychosen gehabt, habe ich mich auch wieder aufgrund einer Fantasie, die durch die Psychose entstanden ist, wollte ich mich umbringen. Ich habe viele Tabletten genommen. Die haben geschaltet. Und da hat es was gegeben, was mich zurückgehalten hat. Aber ich kenne die Verzweiflung ähm, dass du sagst du willst nicht mehr leben. Und jetzt geht es mir gut und ich wohne in X und arbeite für X und bin Genesungsbegleiter*in und verstehe die Menschen, würde ich sagen. Und ich begleite auch Menschen, die suizidal sind manchmal und da versuchen wir drüber zu reden. Und ich verstehe sie und sie verstehen mich und ich halte nicht hinter dem Berg. Ich versuche nicht, die Wunden aufzureißen aber über Wendepunkte im Leben zu reden. Und die sagen, dass meine die Suizidversuche waren und bei ihnen ist es halt auch so ähnlich und dann sind wir über das Thema Wendepunkte im Leben auf das Thema zu reden gekommen
- 14 I: hm (zustimmend) und dann P4.
- 15 P4: Ok also bin ich eh aufgedreht? Also ich bin P4 Exil-Wiener *in wie P1.
- 16 I: Alle wollen weg von Wien.
- 17 P4: Ja, ich war früher schon in X ein paar Jahre. Ich bin so klassisch/ Ich bin im 1. Bezirk aufgewachsen und wollte nur raus in die Natur. Das habe ich jetzt geschafft. Aber abgesehen davon, ich bin Angehörige eines Opfers und mich hat es in der Folge auch ziemlich schlimm erwischt. Ich habe ganz exzessiven Alkoholmissbrauch begonnen. Habe dadurch auch, ähm in Folge dessen ein paarmal gedacht wie schlimm es eigentlich für die Welt wäre, wenn es mich auch nicht mehr gäbe. Und ich war eigentlich nach dieser Sache mit dem Suizid war ich zwei Jahre nicht ansprechbar und hab mich dann sehr langsam wieder gefangen. Aber heute ist es wenn (...) ist halt so wenn die ganze Sache, ähm das war meine Tochter. Die hat ihren Platz in meinem Herz und dort wird sie immer bleiben und ja ich kann drüber reden wie man deutlich merkt aber ähm, (...) Gefühle da (...) wie gesagt ich hab so das Gefühl, es ist noch nicht ganz fertig.
- 18 I: Das ist mir wichtig, dass wenn es irgendjemandem von Ihnen jetzt in der Runde einfach zu viel wird oder Sie merken, Sie kommen an eine Grenze, dass wir dann auch abbrechen.
- 19 P4: Nein, das ist mir schon klar. Aber noch geht es, sonst hätte ich mich nicht gemeldet. Ich war mir dessen bewusst und ich habe mich ja auch gemeldet. Nicht nur weil die Wirtshäuser zu haben.
- 20 I: Also ich erkenne bei allen Teilnehmer*innen da heute auch ein großes persönliches Interesse, da was weiterzugeben und weiterzubringen. Die erste Frage, die ich geme der ganzen Runde stellen wollen würde ist ähm „Um auf die Realität vorbereitet zu sein, welches allgemeine Wissen zu Suizid oder Suizidprävention sollte man erworben haben, was ist hilfreich zu wissen?“
- 21 P1: Ja, da kann ich gleich was beitragen dazu. ähm, reden drüber und nicht tabuisieren. Und ich würde das gerne vergleichen damit, wie es jemandem, der nicht darauf vorbereitet ist geht, wenn er einem Rollstuhlfahrer auf der Straße begegnet. Die Reaktion der meisten Menschen ist es, wegzuschauen. Weil man nicht weiß, wie man reagieren soll drauf und wenn man reagieren soll, wenn man das beobachtet. Sehr häufig ist es so, dass die Menschen den Blickkontakt, also es wird alles getan um den Blickkontakt nicht aufnehmen zu müssen. Und das kann eine gute Message der Betroffenen sein, „Was würde ich mir wünschen?“ oder „Was habe ich für Erfahrungen gemacht was andere brauchen?“, „Wie geht es dir?“, „Denkst du daran dir etwas anzutun?“, „Denkst du an Suizid?“. Und das ganz, ganz offen anzusprechen. So, wie man zum Beispiel bei einem

Rollstuhlfahrer, der mir entgegen kommt, sage ich „Hallo, was ist passiert? Warum sitzen Sie im Rollstuhl?“. Da ist er der Mensch, der er ist und ist nicht reduziert auf seinen Rollstuhl. Aber wir haben sofort eine Gesprächsbasis und können drüber reden. An jede und jeden, egal ob bereits Suizidgedanken vorhanden waren oder nicht. Ich würde gerne in Schulen und Einrichtungen. Wenn Ihr das Gefühl habt, da passt was nicht, habt keine Scheu. Manchmal wollen die gefragt werden. Wenn dann die offene Frage „Ich hab das Gefühl, dir geht's nicht gut, möchtest du drüber reden?“.

- 22 I: Spannend, dass Sie das sagen. Weil das in ganz vielen Fokusgruppen Thema war: Soll ich es überhaupt ansprechen?
- 23 P1: Unbedingt!
- 24 I: Da war eine große Angst da.
- 25 P1: Also aus der Betroffenenberatung möchte ich sagen, ähm, einer der in der suizidalen Phase, egal in welcher er jetzt ist, nicht mehr im Stande ist, nach draußen zu gehen, sucht manchmal nur mehr mit Blicken Hilfe und braucht das, dass ihm jemand die Hand hinstreckt, ihn anspricht „Wie geht's dir? Kann ich dir helfen?“. Also ein Gesprächsangebot.
- 26 I: hm (zustimmend)
- 27 P3: Könnten Sie die Frage nochmal wiederholen? Also was der Helfende wissen muss?
- 28 I: Meine Frage ist, was Sie glauben, was wichtig ist, so im Allgemeinwissen, wenn es um Suizid geht. Oder die Suizidprävention. Was sollte man wissen?
- 29 P3: Dass die Leute immer einen Plan haben, wie sie es machen. Oder im Sinne, dass die Tabletten schon zu Hause sind. Das ist wichtig dass man nach dem Plan fragt. Das ist jetzt wahrscheinlich ein bisschen komisch, dass sie nicht so „Ja, mir geht es so schlecht“, dass man schaut. Weil im Dienst in der betreuten WG wo ich war, habe ich meine Medi selbst verwaltet und mit denen wollt ich mich umbringen. Und das sollte man mitbedenken, dass die Leute schon wissen, wie sie es tun, Dass es konkret ist, im Gedanken schon. Und dass da auch drauf Acht gegeben wird, dass man immer wüsste wie es geht. Und dass man ein Lebensproblem hat. Nicht, dass man sich umbringt aus dem Nix hinaus. Also manchmal ist es so. Aber es gibt auch wirklich Leute, die haben Probleme im Leben: Jemand ist gestorben oder es hat sich jemand umgebracht. Oder, dass mir ein Konkurs bevorsteht, dass die Uni nicht abgeschlossen werden kann, dass man finanziell aus allen Rastern rausfällt. Oder bei mir die Psychose. Einfach, dass gesehen wird, das Lebensthema muss dahinter bewältigt werden. Wenn Sie mich heute vom Suizid abhalten und das Problem ist nicht anders, also das Lebensthema nicht bewältigen kann, ich muss mein Leben irgendwie bewältigen. Und das ist ganz wichtig. Ich kann mich vor den Zug werfen, ich kann mir eine Pistole checken, ich kann Tabletten/
- 30 P1: Persönliche Frage an dich: Glaubst du, dass es jemand, der schon da in eine Gefährdung rutscht, dass man ihm zugesteht, dass es einen Grund oder mehrere gute Gründe braucht? Oder sollte man die Gründe weglassen, wenn es halt nicht immer um einen/ weil der Grund ja wurscht ist sondern die Person im Moment (...) dass der Grund ist, der Grund ist völlig wurscht. Oder wir reduzieren es nicht auf ein oder zwei Gründe (...) dass man es von dieser Begründung wegekriegt.
- 31 P3: Man sagt ja, die Erwägungsphase, was tu ich. Die X hat zu mir gesagt in X wollen sie nicht mehr die (...) Gruppe machen. Da habe ich gesagt, ich schreibe eben ein Buch. Früher hätte ich gesagt, ich bringe mich um. Wissen Sie, wie ich meine? Die Lösungen sind wichtig. An dem muss man arbeiten. Weil wenn nicht/ Wenn ich Schmerzen habe und die muss ich bewältigen oder wie

kann ich einen Verlust erlitten habe, umbringen kann man sich immer aber es ist Druck da (...) oder?

32 I: P1 wie kann ich Ihren Einwurf verstehen? Sie wollen weg von der Begründung.

33 P1: Ja, wir machen im X-Gremium/ da gibt's jetzt/ da hat es zweimal einen Medienpreis gegeben. Und es ist ganz, ganz wichtig, die Medien richtig aufzuklären, wie man gut und hilfreich über Suizid berichtet. Also die Wortwahl ist ganz wichtig. Also sich umbringen und Selbstmord das sind so dramatische und unpassende Ausrücke. Man kann es einfach Suizid nennen und damit ist es nicht so emotional beladen. Und die Gründe/ Mein Vater hat einmal gesagt, man kann alles begründen. Menschen neigen dazu, für alles eine Begründung zu finden. Aber in Wirklichkeit geht's ja nicht darum, jetzt das auf die/ (...) Ich würde gerne von der Ebene der Begründung, der Suche, weg. Weil sonst bleibe ich in der Diskussion mit jemandem, der gerade gefährdet ist: Was ist dein Grund? Ist das ein Grund, dass du dich jetzt suizidieren darfst oder nicht? Es geht ja darum, in welcher Einengungsphase der Betroffene bereits ist. Und wenn der sich entschließt/ Ich lasse mir mein, für was immer ich tu, ob ich mir die Haare anders färben lasse, ich diskutiere meine Gründe nicht unbedingt mit anderen Leuten. Und hier einzuladen, über die Gründe zu diskutieren, halte ich eigentlich für kontraproduktiv.

34 STIMMGEWIRR

35 P3: Nana, ich/

36 I: Wenn ich Sie richtig verstanden habe, wenn ich da auch einhaken darf, ähm, P3 habe ich so verstanden, dass es eigentlich darum geht, warum Suizid als möglicher Problemlöseversuch. Also, dass es einen Grund gibt.

37 P3: Da hast Recht. Dass ich (nicht) in einer Situation sage, ja für die Probleme würd ich mich auch umbringen. Ich würd halt sagen, jetzt entschärfen wir die Situation und dann schauen wir, wie man die Lebensthemen in einer Woche bewältigen kann. Also ich sage jetzt nicht „Ja, das ist ein Grund, da würd ich mir auch die Kugel geben“.

38 P1: Das wäre die persönliche Ebene, nicht die Therapie. Aber wenn ich die Eingangsfrage verstanden habe, war ja „Was wünschen wir uns in der Allgemeinheit, was sollte zu diesem Thema transportiert werden?“

39 P3: Okay.

40 I: Was sollte man wissen? Vielleicht gibt es von den anderen beiden Teilnehmer*innen auch eine Wortmeldung?

41 P2: Ich bin da auch beim Stigma Abbauen und beim Enttabuisieren. Meine Empfindung damals war, dass es sich ständig über/ (...) gleichzeitig über Suizid geredet wurde und nicht geredet wurde. Das heißt, ähm, einerseits das große ominöse Thema das in der Luft stand/ Aber im Krankenhaus hatte ich eher das Gefühl, sobald ich mich anvertrauen wollte in Momenten, so wie ich es gefühlt habe damals, habe ich es als Strafe empfunden. Entweder mit „So jung, das kann ja nicht sein? in erster Linie und in zweiter Linie „Ok, da gibt's ein Medikament, dann geht's Ihnen sofort besser“. Aber alles, was in mir war, das auch unabhängig von den Begründungen berechtigt war, weil das war mein Gefühl zu der Zeit, ist ja nicht einfach so verschwunden, wenn ich nicht drüber geredet habe. Und was vielen am meisten am schwersten fällt, was mir am meisten geholfen hat, also mir, war das Zuhören. Egal wie dunkel es war, dass mir zugehört wurde. Dass alles was in mir war einfach raus darf, einfach Anerkennung findet. Dafür, dass/ für/ ähm sei es jetzt meine Lebensgeschichte bis dato, dass das einfach gesehen wird. Wenn es nicht raus darf wird es ja nicht/

das Bewusstsein, dass es nicht verschwindet, wenn man es wegschiebt, sondern einfach noch viel stärker wird.

- 42 I: Es ist interessant, dass Sie das ansprechen. Was glauben Sie denn, was das Gegenüber da braucht? Ich denke mir, es ist sicher viel Angst da, was falsch zu machen. Aber wie setzt man es um mit der Entstigmatisierung?
- 43 P1: Mir fällt ein, beim Rettungsdienst gibt es immer wieder diese Kampagnen, man soll einen Erste Hilfe Kurs machen, Man wird ähm/ Die These aufgestellt und wiederholt, wiederholt, wiederholt: „Du kannst nichts falsch machen, Hauptsache Du tust irgendwas!“. Auch das ist eine Denkrichtung, Suizidgedanken ist etwas, das kennt jeder. Und gerade in vulnerablen Phasen geht da jeder einmal durch. Auch das ist ein Gedanke, den man fassen kann. Das was ich denke, was man in der Öffentlichkeit (kommunizieren) muss ist „Suizidgedanken betreffen viele Menschen. Wenn du persönlich aber das Gefühl hast, mit deinem Gegenüber, der quält sich oder der braucht jemanden, der die Hand ausstreckt, frage einfach. Du kannst nichts falsch machen!“. „Ich habe das Gefühl, dir geht es nicht gut, magst du darüber reden?“. Dass man den Krampf nimmt oder diese Sorge „Kann ich es verschlimmern?“ „Kannst du was auslösen?“. Und ich denke, gerade die Wiener Werkstätten oder die Suizidprävention kann da/ und ich wünsche mir eigentlich so Aufklärungskampagnen in Schulen, bis hin zu Betrieben. Damit man eine breitere Öffentlichkeit erreicht, um zu sagen „Du kannst auch im Reden Erste Hilfe“ leisten.
- 44 I: Wobei ich da immer denke, körperliche Hilfe, da sieht man was. Da kann man hingehen, wenn man weiß, es ist was los. Aber wie überhaupt erkennen, dass es jemandem nicht gutgeht? Dass sich überhaupt jemand mit diesem Gedanken quält. Also das ist ja/ Ist das so ersichtlich?
- 45 P1: Kommt auf die Nähe zur Person an. Aber ich denke zum Beispiel gerade in Schulen, in Oberschulen/ 13 bis 19- Jährige, die besonders gefährdet sind. Da gibt es ja auch diese Idee des Plakat aufzuhängen in den Schulen mit „bittelebe.at“. Das sind ganz tolle Homepages, die gerade für junge Leute geeignet sind und das ist eine Gruppe, die man auffangen kann.
- 46 P4: Also wenn ich dazu was sagen darf: Ich habe Folgendes erlebt: ähm, wie soll ich sagen, erstens mal in einer fortgeschrittenen Phase, die letztlich zum Suizid führt, ist es nicht mehr möglich, über die intellektuelle Ebene an den heranzukommen. Weil meine Tochter war damals 18,5 Jahre, ist ins Gymnasium gegangen und ihr hätte ein Poster in der Klasse nichts genützt. Das zweite ist, ähm was ich so für mich analysiert habe, es scheint da zwei Typen zu geben: ähm Menschen, die einen subjektiv, einen objektiven Grund vielleicht vorgeben, also (.) weiß der Kuckuck „Wenn ich eine halbe Million Schulden habe und keine Einkünfte, dann sei das gerechtfertigt, weil!“. Die kann man zahlen und das Problem müsste dann erledigt sein. Ich habe Folgendes erlebt: Und zwar, dass meine Tochter dann einfach nicht mehr leben wollte. Ohne Angabe von Gründen. Und die einzige Möglichkeit, was dann auch gemacht wurde auf der Akuten, entweder starke Sedierung oder ned äh entschuldigung das macht...äh...und daraus schließe ich, wenn jemand einmal entschieden hat, dass er doch leben will, aus welchen Gründen auch immer, der kriegt dann selbst mit der Zeit Erfahrung, wie er das am besten macht. Genauso wie der Alkoholiker, der sich entschließt trocken zu sein. Der braucht auch ein paar Versuche, bis er Erfahrung kriegt, wie er sich selber motivieren kann. Und ja, dass er dann eben letztendlich trocken bleibt. Aber das setzt voraus, dass auch bei einem/ beim potenziellen/ die Bereitschaft da ist, leben zu wollen und im andern Fall ähm/ Weil bei mir war es so, ganz ehrlich: Ich habe gewusst, was los ist und ich habe gewusst, wie es enden wird. Ich habe auch gewusst, dass ich eine Chance habe und die... auch ned das wollt ich nur sagen dazu, danke.
- 47 I: Danke, das ist wichtig.
- 48 P2: ähm meins ist vielleicht ein bisschen sehr einfach, unter Anführungszeichen und genau darin

schwer. Das Leben, das Sein auf Augenhöhe. Also einfach, dass sich jemand immer eingeladen fühlt, gemeinsam zu schweigen oder zu reden. Weil mit sehr vielen Herangehensweisen habe ich mir persönlich immer schwergetan, weil ich hätte gar nicht die Worte gefunden, zu verbalisieren was mit mir los ist. Also das ist ähm einfach nur das ähm ein Zugang: Auf Augenhöhe einfach da sein. Einfach das sein, wie ich zu der Zeit war, oder wie die Person zur Zeit ist einfach annehmen.

49 I: Ja, da sind wir nämlich schon bei meinem zweiten Punkt, nämlich „Welches Wissen darüber, wie man in Verlust- und Suizidkrisen hilft, könnte von entscheidender Bedeutung sein?“, da sprechen Sie einen ganz entscheidenden Punkt an.

50 P1: Darf ich noch einen Punkt da einbringen?

51 I: hm (zustimmend).

52 P1: Ich denke, wir müssten auch/ Es sind zwei Felder zu unterscheiden: Wir sprechen jetzt hauptsächlich von Menschen, die eine psychische Erkrankung haben, egal wie weit sie jetzt in dieser Erkrankung sind und sich aus dem heraus die Suizidalität entwickelt. Ich erlebe aber auch/ ich hab wirklich den Kulturschock gehabt, von der Kulturstadt Wien in die Berge zu ziehen. Hier lebe ich jetzt und hier betreue ich sehr viele Leute auch bei der Krisenintervention und auch durch die Selbsthilfearbeit. Und habe aber hier gesehen, das sind Leute von denen weiß man nicht, ob sie/ Oder von denen würde man nicht annehmen, dass ihre seelische Gesundheit gefährdet ist. Je weiter man hier in das dünn besiedelte und ländliche Gebiet kommt, ist es wie ein Dogma: Der Onkel hat sich schon umgebracht, die Tante hat das schon so gemacht. In der Familie, wenn das und das ist, muss man Suizid machen. Das ist der propagierte Ausweg, der Suizid. Das hab ich in der Stadt so gar nicht erlebt. Weil es da doch andere Möglichkeiten gibt, andere Angebote gibt. Ich denke mir, wenn ich jetzt selber als nicht-psychisch kranke Person fürchtbar viele Probleme oder Druck habe - oder was für Gründe mich auch immer dazu bewegen, Suizid zu begehen- wenn ich in einer Stadt bin, kann ich rausgehen. Gehe irgendwo hin, gehe in ein Kaffeehaus, quatsche irgendwelche Leute an, schaue denen zu, gehe ins Kino und habe einfach die ähm Ablenkung, Abwechslung und habe Alternativen. Alternative Angebote. Am Land hat man den Eindruck, jeder Baum, jeder Zaun erklärt schon den Leuten, die hier aufgewachsen sind, was sie zu tun haben. Und da kommt mit der größten Selbstverständlichkeit „Ist ja klar, da muss man zu den Medikamenten greifen“, „Da muss man zu den Waffen greifen“, „Da hat man seinem Leben ein Ende zu setzen“. Diese Selbstverständlichkeit, mit der das hier oft so unbedacht den Leuten ähm (...) kommt, erschreckt und erschüttert mich oft und da glaube ich ist viel Aufklärungsbedarf.

53 I: hm (zustimmend). Also da höre ich jetzt auch den Unterschied zwischen Stadt und Land. Und es gibt wahrscheinlich auch kulturelle Unterschiede.

54 P2: Ich habe da aber mit Land auch/ Das hat natürlich zwei Seiten: Also in erster Linie berichten viele, dass sie sich nicht isoliert fühlen. Dass sie sich nah zur Natur fühlen- was gute Sachen sind. Schwierig ist es, wenn man am Land ist und aus der Reihe tanzt - aus welchen Gründen auch immer. Es können die eigenen Vorlieben sein, et cetera. Es tut auch nicht wirklich was zur Sache. Das Psychische unabhängig, ob es jetzt eine psychische Erkrankung allgemein ist oder eine Lebenskrise oder eines akuten Problem. Es werden mehr die Themen jetzt in der Stadt abgeblockt. Als würde es sie nicht geben, nur wenn man sie nicht bespricht. Ähm heißt es nicht, dass ähm dass sie nicht da sind, nicht existent sind. Meistens genauso beim Gegenüber der das ablehnt, wenn man nicht spricht. Ich habe auch/ Ich leite da mehrere Selbsthilfegruppen und ich habe da eine kleinere, die kommt von einer kleineren sicheren Stadt ähm, wo es eine Gruppe gäbe, nach Graz weil man könnte sie erkennen, sie gehen in das Gebäude wo es stattfindet. Und wenn sie in Graz sind, ist es dann anonym.

55 P1: Da sind wir beim Stigma

- 56 I: hm (verstehend)
- 57 P2: Und das sind halt auch die Sachen, wo man sehr, sehr viel/ Am Land sehr viel Aufklärungsarbeit gehört.
- 58 I: Danke für die Beiträge. Aber auch nochmal um darauf zurückzukommen, was jetzt wirklich notwendig ist, wenn jemand in einer suizidalen Krise ist: Also ich habe jetzt schon rausgehört, wenn jemand den Entschluss gefasst hat, dann kann man nichts machen. Dann kann auch die Medizin nichts machen. Also was hilft auch in der Krise? Was sollten Ersthelfer wie Psycholog*innen Psychiater*innen wissen? Ja, P3?
- 59 P3: ähm zu mir hat mal ein Psychiater gesagt, da hab ich einen Suizidversuch gehabt, da hat er gesagt „Und wenn es Ihnen schlecht geht, kommen Sie her“. Er hat mir eine offene Tür angepriesen. „Wenn es ein Problem gibt, kommen Sie“. Weil ich habe aus der Fantasie meiner Psychose raus (geglaubt), dass die Klinik X mich nicht behandeln will. Weil mich eine Psychiaterin mal rausgeschmissen hat, weil ich mich nicht behandeln habe lassen. Ich bin lieber arbeiten gegangen aus Angst, sonst meinen Job zu verlieren. Ja ist ja wurscht. Und er sagt zu mir „Und wenn Sie ein Problem haben, kommen Sie her“. Dann habe ich wirklich jeden Sonntag in der Klinik gesessen und habe gesagt, ich will mich umbringen, bis es dann vorbei war.
- 60 I: hm (verstehend)
- 61 P3: Bis ich die Wünsche nicht mehr gehabt habe. Aber das hat er mir signalisiert.
- 62 P1: Ja, was dem Helfersystem helfen würde, an so jemanden heranzukommen wäre mit einem Peer gemeinsam aufzutreten und vor allem nicht dem Betroffenen zu sagen, wer er ist, was er braucht und was er tun muss.
- 63 I: P2 nickt da ganz energisch.
- 64 P2: Ja.
- 65 P1: Was man immer sagt, was man nicht tun soll, was aber leider immer wieder kontraproduktiv ist. Weil so schnell kann man nicht mal schauen und du hast keinen Zugang mehr zu dem Menschen. Ich hab das Gefühl da ist dann was Irreversibles passiert, weil der Patient kommt dann und denkt der versteht mich nicht, der interessiert sich nicht, der will mich von seinem Erlernten überzeugen. Darum habe ich gemeint, vielleicht mit einem Peer. Oder einen Peer vorausschicken. Weil ein Peer kann auf einer ganz anderen Ebene an den herangehen. Und da wird/ Gibt es einen sehr viel niederschwelligeren Zugang. Also die Niederschwelligkeit beachten und ähm nicht sagen Sie müssen das oder Sie brauchen das. Sondern fragen und zuhören.
- 66 I: hm.
- 67 P2: Ja, also da kann ich nur zustimmen. Sonst bin ich wie immer beim Zuhören auf Augenhöhe. Egal was für Dinge gesprochen werden. Weil/ Und sonst bin ich eher dafür, dass dem Menschen nicht einzureden sondern versuchen zu zeigen, dass es Lebensqualität gibt. Weil ich wurde ans Bett fixiert, ich wurde mit sehr, sehr vielen Medikamenten behandelt. Wo ich mir im Nachhinein gedacht habe, was haben die gedacht, was es mir hilft, wenn ich da ans Bett gebunden/ Hat mir ja nur noch intensiver gezeigt, dass mein Leben keine Lebensqualität hat, weil da ähm gab es teilweise Stunden wo ich mich nicht bewegen konnte, wo die Sachen waren. Und wo ich mir gedacht habe, es war zum Schutz, weil da auch die Helfer/ Durch die Zusammenarbeit mit Helfern

weiß ich, sehr, sehr viel Angst ist eben um die Fürsorge. Und da ist die Person nicht zu triggern oder sonst irgendwas. Aber man kann reden, es ist ein Gespräch möglich. Es gibt da draußen irgendwas. Das hilft meistens mehr und das nicht der Person einzureden „Ach, du bist so jung und das Leben ist ja noch so schön“. Weil das ist so ziemlich das Schlimmste, was ich je gehört habe. Eher so das selbst herausfinden ähm, was waren mal Deine Ziele und (...) wenn äh/ Das kenne ich sehr viel von der Stimmhörbewegung bei der ich auch dabei bin. wenn es hört astronaut, dann wird das einfach nicht angenommen und um atsomaut zu sein, müssen wir erst aus der isolation raus und dann werden auf dem Weg ziele gefunden.

68 I: Und wie ist es/

69 P4: Ich habe zum Beispiel gehört, ähm dass sich niemand anmaßen darf, sie zum Leben zu zwingen. Hat sie gesagt. Denn das Leben gehört ihr. Darüber kann sie entscheiden und es hat niemand das Recht, sie zum Leben zu verurteilen. Das habe ich gehört.

70 I: Jetzt haben wir ja auch Sie als Angehörigen da und Sie mussten mit einem großen Verlust umgehen. Gibt es auch Punkte, wo Sie sagen, das wäre als Angehöriger wichtig gewesen damals?

71 P4: Naja, wir haben ehrlich gesagt äh alles, alles ausgelotet inklusive Parapsychologie. Und ähm, also akut wurde gemacht, was zu machen war. Da bin ich überzeugt davon. Was vielleicht im Vorfeld nicht gemacht wurde, weil das war bei meiner Tochter ein schleichender Prozess und keine spontane Geschichte. Es kann sein, dass man es zu spät erkannt hat aber man kann nicht/ Ich glaube, es ist nicht möglich, alle Jugendlichen ab einem gewissen Alter auch abzuklopfen, ob es Symptome gibt oder/ Ich bin da vielleicht/ Ich wirke da vielleicht ein bisschen negativ aber so hab ich es eben erlebt, dass man aus seiner Sicht alles tut aber vielleicht zu einem Zeitpunkt, wo der Zug schon abgefahren ist.

72 I: Aber es ist ja auch wichtig, dass Sie als Angehöriger gut aufgefangen werden.

73 P4: Ja, das hab ich aber verweigert.

74 I: Ok.

75 P4: Weil als harter Hund, da macht man das alles mit sich selber aus. Das war damals meine Einstellung und es hat letztendlich geklappt. Mehr schlecht als recht aber es hat furchtbar lange gedauert. Gut, dafür habe ich Erkenntnisse gewonnen, ähm die von außen mir nahezubringen nicht möglich gewesen wären, ja.

76 P1: Aus so einem Grund Erkenntnisse zu gewinnen, darauf könnte ich verzichten.

77 I: P1, Sie wollten vorher schon was sagen.

78 P1: Das war ein flapsiger Einwand aber auf dieser Basis ein Erkenntnisgewinn? Nicht zu diesem Preis!

79 P4: Ja, ich bin so gestrickt halt.

80 I: Aber P1, vielleicht haben Sie eine Idee, was Angehörigen auch helfen kann?

81 P1: Ähm, ja. Zwischen Theorie und Praxis klaffen da riesengroße Welten. Ich habe natürlich bei der Krisenintervention sehr, sehr viel gelernt, wie das mit der Schuld ist. Mit der objektiven Schuld, mit der subjektiven Schuld, ähm (...) was davon normal ist oder nicht. Aber das Ganze

kriegt immer eine Eigendynamik und bei jedem Einsatz/ Ich habe es am ersten Jänner wieder beim Einsatz gesehen. Gerade beim Jänner haben die ähm Suizideinsätze Hochkonjunktur. Das scheint ein magisches Datum zu sein. Ähm, ja wir haben im/ Das ist etwas das kann man eigentlich niemandem ersparen oder abnehmen. Von der anderen Seite her: wir haben im Suizidpräventionsgremium eine Psychotherapeutin, die von der Angehörigenseite kommt. Sie ist eine Hinterbliebene eines sich suizidiert habenden Partners, das ist bei ihr schon 13/15 her und sie hat auf verschiedene Weise gelernt, damit umzugehen. Sie lehrt zu diesem Thema in Tirol. Sie ist zu diesem Thema schon lange aktiv. Aber wenn es um dieses Thema geht, es ist nie weg. Man muss dann einfach damit leben und das hat dann noch zusätzlich eine Dimension, die man/ (...) Ich will jetzt nicht so flapsig sagen, das ist das Schicksal, das man niemandem ersparen kann, wenn man mit so was in Berührung kommt. Dass man mit so was weiterleben muss. Aber wie gesagt, ich lebe auch mit jemandem zusammen, der sein Kind durch Suizid verloren hat und für mich ist es wirklich schlimm, anzusehen, was das mit einem hinterbliebenen Angehörigen, in diesem Fall mit einem hinterbliebenen Elternteil macht. Und ich bin für mich nicht so ganz im Klaren, wie weit man über so was offen sprechen soll. Dass man kommunizieren soll ist ganz klar, dass man Hilfsangebote niederschwellig gestalten soll und leicht zugänglich ist ganz klar. Wie man dann aber im Alltag damit umgeht, das muss dann jeder für sich selber wissen.

- 82 P3: Ich glaube, dass mir jemand helfen kann, wenn man ein Motto/(...) Also ich kenne jemanden, der hat sich umgebracht und ich kenne die Gründe. Die Gründe sind für mich nachvollziehbar. Sie hat chronische Schmerzen, die nicht weggegangen sind. Und sie hat Liebesprobleme, et cetera. Da ist alles zusammengekommen. Oder du, wenn ich dann als Frau und glaube, wie man jemandem helfen könnte, wenn er Betroffene für Suizidalität mit der Mutter reden würde und sagen würde „Eigentlich hast du ja keinen Fehler gemacht“. Weil es hat sie ihr Lebensumstand dazu gebracht und nicht/(...) Schon Geld geben und sich kümmern und für jemanden da sein (...) Aber mit 30 sind die Grenzen ausgeschöpft.
- 83 I: Also da geht es um Verantwortung.
- 84 P3: Ich glaube, man kann nicht jemanden/ Ich schreibe einen Blog, da schreibe ich über Verantwortung, die ein Mensch im Leben übernehmen muss. Aber das ist nicht möglich und die Frau, die ich gekannt habe, die hat chronische Schmerzen gehabt. Und das kann dir niemand abnehmen. Die Ärzte sind mit Neurologen zusammengesessen. Psychiater, Neurologe. Sie selber war Pharmareferentin und hat auch keine Lösung gefunden. Und das kann man jemandem anderen nicht abnehmen. Und ich glaub, wenn man das...ich habe es nicht mit der Familie beredet. Das habe ich mir nie, mit Geld und Reden. Logisch ist viel schiefgegangen aber das hat ihr niemand abnehmen können. Und sie war zu lange allein und niemand hat hingeschaut. Und zu mir hat einmal eine Betreuerin gesagt, als sie meine Erfolge gesehen hat, „Es kann dir jemand nur das Seil zuwerfen. Du musst raufklettern.“ Und ich will nicht/ Die Frau, ich verstehe die Frau gut. Sie hat chronische Schmerzen gehabt, die nicht mehr weggegangen sind.
- 85 P1: Auf Ihre Frage: Wenn ich kurz erzählen kann, das war im Herbst 2018/2017. Da hat es ein kleines Theaterstück gegeben, das hieß „All das Schöne“. Das war eigentlich ein eineinhalb Personen-Stück. Da hat es auch nach einer Vorstellung eine Podiumsdiskussion gegeben. Da war der Claudius Stein von der Gesellschaft für Suizidprävention dabei. Und da ging es darum, dass eine Tochter in verschiedenen Lebenssituationen erklärt hat, dass sie immer wieder mit dem Suizidwunsch und letztlich mit dem vollzogenen Suizid der Mutter konfrontiert war. Und „All das Schöne“ war eben der Versuch der Tochter und das ist szenisch sehr, sehr schön dargestellt worden. Und am Anfang hat sie ihr hundert Gründe genannt, wieso man weiterleben soll. Und dann hat sie ihr 500 Gründe gebracht. Dann hat sie eben, das ist halt sehr rituell mit Zetteln dargestellt gewesen, dann hatte sie tausend Gründe. Und dann hat sie das hochgezählt wie viele tausend Gründe sie findet, um zu leben. Und ich denke zum Beispiel, so was mit einer offenen Diskussion, wo sicher auch Fachleute dann dabei sind und das in einem großen Medium

auszustrahlen, da könnte sich der ORF so einer Sache auch durchaus annehmen, finde ich. Weil ich das hilfreich/ Weil das eine Diskussion auslöst, „Warum lebe ich gerne? Was sind das für Gründe?“ und da einfach mit sich/ (...) sich mit sich selber und seinen Vorstellungen auseinanderzusetzen: „Heute bin ich 15, was für Gründe habe ich, zu leben?“. Dann mit 25. Diesen Winkel zu öffnen und eine Suche und eine Diskussion bei jedem eigenen auszulösen, was Gründe sein können.

86 I: P2 lächelt.

87 P2: Auch dass man es immer wieder sieht. Ich bin da bei den Begründungen: Also dass man sich viel eben mit Leuten austauscht, die andere ähm/ Stelle waren und ihnen dann erklären muss, mit dem Versuch haben sie nichts angestellt. Ihnen erklären muss und helfen muss, zu erkennen, also für sie war das eine Verzweiflungslage. Sie (...) und deshalb gibt es da, da bin ich bei P1/ (...) Unabhängig was für eine Begründung die Person von außen hat, es ist legitim. Und ja und die Idee finde ich auch sehr gut. Sonst wollte ich vorhin berichten, weil ich hab sehr, sehr viel mit meinen Eltern gearbeitet, aufgearbeitet/ Eine sehr (...) Sie haben viel erlebt, ich habe viel erlebt, egal. Ich habe einmal mit meiner Mutter geredet und meine Schwester wäre mal fast an einem physischen Grund verstorben und ich eben durch den Suizidversuch. Und sie hat mir dann erklärt, wie die Unterschiede des Zugangs bei beiden waren. Also dass mehr Schuldzuweisung bei der Psyche war. Ich kann nur sagen, dass ist auch bei mir oft/ Es ist etwas, was sie bei mir nie geglaubt hätte. Was für sie plötzlich (war) obwohl es eine Sache über Jahre war. Und deshalb war es für sie irgendwie gleich vom Schmerz her. Aber gleichzeitig ganz anders, also vom Umfeld her, weil sie sich teilweise gar nicht getraut hätte, sich in ihrem Schmerz anzuvertrauen. Während beim Physischen/ Es ist „Mein Kind ist krank auf die Art, ich muss ein starke Mutter sein, ich muss eine gute Mutter sein“. Was sie ja bereits war. Also von der Absicht her war sie es ja immer. Allein die zwei Einstellungen und wie sie es empfunden hat, habe ich im Nachhinein spannend gefunden. Natürlich, das kann man gar nicht vergleichen.

88 I: Also geht es da um Verantwortung? Verstehe ich Sie richtig, dass die Mutter das Gefühl hat, es geht darum, dass die Leute von außen eher geneigt sind, im Fall von Suizid ist was schiefgelaufen und bei einer körperlichen Krankheit ist es anders.

89 P2: Das mit Verantwortung ähm wird immer gerne sehr zur Last gelegt. Sowohl beim Physischen als auch Psychischen. Weil das Psychische nicht wirklich so einen Erklärungsbedarf, eine Erklärungsmöglichkeit hat, wird da viel mehr hingeschaut. Und auch mehr gemacht. Da sind wir wieder beim Stigma, das uns heute auch nicht mehr in Ruhe lassen wird. Und oft auch bei Angehörigen/ Was mir bei meinen Angehörigen aufgefallen ist, ist dasselbe: Das Reden. Weil auch da die Gefühlleben zu sehr vernachlässigt wird. Und ähm da sind wir bei ähm wieder bei der Ersten Hilfe, dass die Ersthelfer auch schauen müssen, dass es ihnen gutgeht. Damit sie gut helfen können. Und das ist auch bei Angehörigen so, dass zu wenig auf die Angehörigen geschaut wird, dass es ihnen gutgeht. Und vor allem bei Jugendlichen/ Ich weiss bei mir in der Schulzeit, nach meinen Versuchen wurde auch von Lehrkräften darauf geachtet nicht gemein zu mir zu sein. Manche/ Auf die Art „Du kannst immer mit mir reden aber nur über schöne Dinge“, was nicht funktioniert in so einer Situation. Und ähm sich viele Mitschüler auch aufgeregt, weil sie sich unfair behandelt gefühlt haben. Warum auch immer. Und ähm einerseits finde ich, dass ich die falsche Ansprechperson war, um sich aufzuregen, andererseits natürlich haben sie recht und empathisches Verhalten gehört zu allen Schülern ähm, weil dann kann man es natürlich vermeiden. Und es ist auch schwierig wenn so was passiert ist, dass es spätestens kommt „Aber wieso nicht vorher?“ und „Wieso nicht zu allen?“. Deshalb ist es schade, wenn Lehrkräfte nicht die Supervisionsangebote in Anspruch nehmen, die sie hätten.

90 I: Da sind wir schon/ Sie bringen mich immer schon zur nächsten Frage. Ich schau ein bisschen auf die Zeit, wir sind nämlich schon ein bisschen drüber. Wir haben noch zwei kurze Fragen. Also

auch so Standards, die helfen können, in Anführungszeichen helfen können, Suizid zu vermeiden. Also dass man einfach einen empathischen Umgang miteinander pflegt, dass Fachpersonal, zum Beispiel Lehrerinnen, dass die gut geschult werden, um gut mit ihrem Gegenüber umzugehen. Was fällt Ihnen noch ein, was könnten solche Standards sein, die wirklich dazu beitragen können?

- 91 P3: Ja, Waffen und so nicht zugänglich zu machen, ist auch nicht so ähm, ist auch nicht gerade das Ei des Columbus. Und trotzdem glaube ich/ In unserer WG haben sie mir die Medikamente gelassen und das wollte ich schon sagen, dass man Medikamente in betreuten WGs selber verwalten kann. Und das finde ich nicht richtig. Weil dann auch Medikamente wollte ich nehmen und mich umbringen. Und das ist/ (...) Ja, das so viel wie möglich einzugrenzen. Und ja, du musst einfach den Betroffenen signalisieren, wie gesagt, dass sie einen Platz haben, wo sie hingehen können. Und auch wenn sie jemanden zu reden finden, also eine Offenheit und eine Akzeptanz für deine Probleme. Und ähm ein offenes Ohr und so. Das wäre ganz wichtig. Und wenn das gegeben ist/ Wenn da dann wäre ja einmal/ Ein Psychiater, als ich das gesagt habe, da hat er mich angeschaut und gesagt, „Meine Patient*in“. Ich war in der Studie dabei. Die haben gemeint/ Mein Psychiater aber, der hat mir halt gezeigt, dass ich wichtig bin für ihn. Dass ich ein Mensch bin mit Würde, weiß du? Ich habe auch über Sachen geredet, wo jemand anders und ich auch nicht stolz drauf sind. Aber er hat dann nicht gesagt „Du Fußvolk“, und so. Er ist nicht gekommen mit einer Bewertung, einer menschlichen Ebene heraus. Er hat mich auch als Mensch mit Würde und Respekt behandelt. Und weil du ein Mensch bist der Würde hat, kannst du kommen.
- 92 I.: P1 nickt auch.
- 93 P1: Ja, zu Ihrer Eingangsfrage, was helfen würde. Das wäre, wenn man in Einrichtungen, wie Schulen, Sportvereinen oder wo sich größeren Gruppen treffen, dass man die informiert was man tun kann. Ich denke gerade immer an Kinder und Jugendliche und Schulen. Wenn die, die dort betreuen wissen was sie tun können und wie sie hilfreich sein können, da haben die die Sicherheit, können sie weiterhelfen und dann können sie hilfreich sein. Dann trauen sie sich auch.
- 94 P2: Ja an sich ähm muss ich jetzt an ein Erlebnis denken, da war ich beim Kongress in Den Haag und da war eine Kollegin aus der USA und da haben sie in gewissen Teilen eine Selbsthilfegruppe von dem Titel „Alternative to Suicide“. Einfach wo sich Leute sehr oft mit Angst begegnet wird, wo sich einfach Leute in Selbsthilfegruppen, die das erlebt haben einfach drüber reden. Und einfach teilweise, weil es schön ist, sich auszutauschen. Und man wird verstanden. Und dann teilweise auch gemeinschaftlich Alternativen gesucht zum Schlechtgehen und sich Austauschen. Obwohl es da sehr, sehr verschrien ist, warum auch immer. Ist ja etwas Positives, wenn man sich verstanden fühlt. Also habe ich so empfunden.
- 95 I: Also das kann ich auch noch dazu sagen: Das e-learning Programm wollen wir anbieten, weil es ein niederschwelliges Angebot ist und weil es im Bereich Suizidprävention so ist, dass die Angebote nicht so leicht zugänglich sind. Oft auch für Fachkräfte am Land. Also zum Beispiel Polen ist auch ein Teilnehmer und da ist die Suizidprävention/ Da gibt es ganz wenige Anlaufstellen am Land, wo man das Wissen auch bekommen kann. Dann sind wir auch schon bei der letzten Frage: Sie haben alle die Fragebögen ausgefüllt. Wie war das für Sie? Gibt es da Feedback?
- 96 P1: Ja.
- 97 I: Ok.
- 98 P1: Was ich überhaupt nicht erkiefeln konnte dabei war im ersten Fragebogen dieser Ausdruck „Rechtfertigung“. Was rechtfertigt, das war im Empfinden oft in Begründungen. Was rechtfertigt Suizid, was rechtfertigt ihn nicht. Das ist für mich ein No-Go ähm, das abzufragen oder darüber so

- eine Diskussion zuzulassen, weil (...)
- 99 I: Ok, können Sie näher beschreiben, was stört Sie daran?
- 100 P2: Ähm erstmal denke ich, es wäre auf einen Grund reduziert. Und wir wissen, es gibt nicht nur einen. Es verleitet auch, den Suizidversuch zu heroisieren, weil wenn man sagt „Ja aus Liebeskummer hat er oder sie versucht, sich das Leben zu nehmen“ (...) ja.
- 101 I: Das ist ja auch in den Medienrichtlinien.
- 102 P1: Ja, dieses Heroisieren ist das. Je breiter und bunter eine Tages- oder Wochenzeitschrift ist, desto lieber greifen sie das Thema auf. Und mich hat es auch gestört jetzt als Teilnehmer einer Studie ähm etwas beurteilen zu sollen, inwieweit etwas ein Grund, also gerechtfertigt ist.
- 103 I: Das ist ein guter Input. Sonst noch irgendwelche Rückmeldungen?
- 104 P2: Ich, ja. Also ich hatte auch denselben Eindruck. Weil in erster Linie irgendwas zu heroisieren finde ich auch nicht so gut, weil das zeigt, es ist eine gute Lösung. Oder es romantisiert die Sache einerseits und andererseits, was ich noch schlimmer finde, ist den Schmerz vom anderen nicht zu validieren. Weil es nicht dieses heroische ist. Was alles legitim ist, weil alles aus einem Grund, welcher auch immer, es ist ein Grund für die Person und da geht es darum eher auf das Individuelle einzugehen, als es in irgendwelche Kategorien einzu-/ Was psychologisch natürlich schwer ist, weil es Teil der Fragebögen ist. Und natürlich ist eine gute Statistik nachher auch sehr hilfreich, zum Finden von Lösungen. Also das zum Ersten. Beim zweiten Fragebogen hätte mir ähm so ein freies Feld gefehlt, wo man die eigenen Vorschläge als Erfahrungsexperte bringen kann. Erfahrungsexperte heißt, durch Erlebtes von Angehörigen. Einfach „Das finde ich gut, das finde ich schlecht“, „Was wäre jetzt meine optimale Lösung?“. Also, ist natürlich in der qualitativen Auswertung eine mittlere Katastrophe, das weiß ich. Aber es geht ja um die Akquise von Wissen und das geht im Bereich qualitativ eben am besten.
- 105 I: Dankeschön, P3?
- 106 P3: Da waren so Einwürfe wie „Ach kommen Sie schon, die Dinge können nicht so schlecht stehen“. Also so haha, also er meint es gut. Solche aussagen, natürlich haben sie das auch gefragt um unsere Reaktionen zu fragen. Aber so supderdidu superdidä, solche Aussagen wie „Das werden Sie schon machen“, das jemandem zu sagen, der suizidal ist, dann haue ich ihm eine rein.
- 107 I: Da ist eine Wortmeldung noch.
- 108 P4: Ich würde gerne was anmerken noch. Ich glaube, da geht es nicht um jede Frage für sich selbst, sondern einen gewissen Trend in den Antworten. Und dafür sind die Fragen aus meiner Sicht geeignet. Ich finde einen freien Kommentar dazuschreiben macht so eine Umfrage nicht mehr auswertbar. So sehe ich das.
- 109 I: Aber das heißt, Sie sind eigentlich ganz gut mit dem Fragebogen zurechtgekommen.
- 110 P1: Durchaus.
- 111 P3: Ich habe mich zwar aufgeregt, wenn ich mich nicht so aufgeregt hätte, nein Spaß.
- 112 I: Wir sind mit ganz unterschiedlichen Antworten da auch konfrontiert, in ganz vielen unterschiedlichen Berufsgruppen. Und Sie sind da auch Expertinnen auf diesem Gebiet. Aber es

- gibt wirklich auch Leute, wo die Angst riesengroß ist, etwas falsch zu machen. Gerade Berufsanfänger, Psychologiestudierende haben wir auch interviewt, also die haben sehr, sehr großen Respekt vor der Thematik und da kamen schon diese Antworten wie „Es wird schon wieder“, deshalb wird es so abgefragt
- 113 P3: Nein, ich glaub schon dass es wichtig ist, dass man Hoffnung vermittelt. Aber man muss auch die Situation/ also was mir geholfen hat, ich habe einen Freund, der hat eine Psychose gehabt und der hat seinen Job verloren und ist in Italien. Und wenn du in Italien deinen Job verlierst, dann geht es dir nicht so gut, weil die Mindestsicherung ist nur 500 Euro. Und da habe ich auch gesagt „Es ist schon scheiße aber du hast bisher immer eine Lösung gefunden“. Und das muss man vermitteln, dass es einen Weg weiter gibt. Aber dass man sagt, das passt schon.
- 114 I: Aber wenn ich zusammenfassend ihre Wortmeldungen/ Also wenn ich das so zusammenfassen darf dann geht es schon hauptsächlich darum, das einzelne Individuum zu nehmen und sagen „Worum geht es eigentlich?“ Einen offenen Raum zu bieten, Aufklärung zu betreiben, auch medial. So habe ich Sie verstanden und keine Kommunikation, die hierarchisch ist, wo eine Fachperson irgendwie sagt, der betroffenen Person, was sie jetzt gerade braucht oder nicht gebraucht hat. Das sind so die Punkte, die ich mir aus unsem heutigen Gespräch mitnehme.
- 115 P1: Eine horizontale Beziehungsgestaltung und keine vertikale.
- 116 I: hm (verstehend).
- 117 P3: Was ich noch bemerken möchte: Ich war mal beim Dr. X in X in der Klinik und er hat gesagt wir geben nicht Schlafmittel und Benzos und ans Bett gefesselt, sondern hat gesagt „Gehen Sie mit der Assistenzärztin raus und reden Sie“. Zeit.
- 118 I: P2 Sie wollten noch was sagen.
- 119 P2: Ich wollte noch sagen, wir haben jetzt vorhin gelacht, mit „Ach das wird schon wieder, du hast ja gar keinen Grund dazu“. Aber mir ist es genauso passiert. Genau in den Worten, vielleicht sogar einen Tick schlimmer mit den Worten „Bei anderen verstehe ich es ja, bei dir nicht“. Was mich dabei gestört hat war gar nicht, dass das so gesagt wurde, weil die Absichten waren rein und gut. Sondern, dass ich gar nicht gefragt wurde, warum. Ich gar nicht nach meiner Geschichte gefragt wurde. Das war eher das, dass mein Schmerz nicht gesehen und validiert wurde und eher abgetan wurde. Und da ähm hätte ich einen Feenzauberstab und könnte ich einen Wunsch erfüllen, dann würde ich die Ressourcen von den Krankenhäusern ein bisschen auffüllen, dass sie mehr Personal haben. Dass sie weniger Bedarfsmedikation und mehr Gesprächsangebot haben.
- 120 P1: Solche No-Go-Aussagen wie die P2 vorhin angebracht hat, zeigt ja auch ein bisschen die Hilflosigkeit von dem, der nicht weiß, was er tun soll. Und dass gerade das Helfersystem auch da geschult wird und ganz explizit. Wie ich verstanden habe ist das e-learning Programm ja für das Helfersystem.
- 121 I: ähm genau aber eben auch für Angehörige.
- 122 P1: Also für jeden, der wissen will „Was kann ich tun, wenn...?“.
- 123 I: Genau. Es wird berufsgruppenspezifisch sein, soll aber Aufklärung im breiteren Raum ermöglichen.

Anhang K

Transkript Rettungssanitäter*innen

- 1 I: Und die erste Frage dieses Leitfadeninterviews ist, ähm „Um auf die berufliche Realität vorbereitet zu sein, welches allgemeine Wissen über Suizid und Suizidprävention auch, sollten Sie da erwerben oder erworben haben und warum. Wir haben ungefähr 15 Minuten Zeit für die Frage.
- 2 P1: Spreche Sie da jetzt den ersten Fragebogen an?
- 3 I: Ich habe meinen eigenen Fragebogen und der geht jetzt los.
- 4 P1: Ach so.
- 5 I: Genau und da ist die Frage, was ist für ihre berufliche Realität wichtig im Hinblick auf das Wissen um Suizid. Also was hätten Sie wissen sollen, oder glauben wissen zu müssen, um in Ihrem Beruf, mit dem sie heute da sind, gut mit Suizidalität umgehen zu können.
- 6 P2: Also als Rettungssanitäter gesprochen? ähm, ja. Also ich finde, ich muss es erkennen. Also ich muss Suizidalität irgendwo erkennen können, wenn mir das entgegenschlägt. Ich muss wissen, wie man drauf reagieren soll. Ich finde da am aller geschicktesten wirklich so ähm Gesprächssituationen zu simulieren wo das dann auch mal ausgesprochen werden kann. Also das auch direkt zu thematisieren. Gerade wenn die Formulierungen der Suizidenten da wage sind. Ich muss wissen, an wen muss ich es dann übergeben. Also ich bringe ja die Person mit dem Rettungswagen dann in das Krankenhaus. Und wem in welchem Rahmen kann, soll, muss ich das übergeben. Genau. Und schon auch Grundlagen der ja psychiatrischen, psychologischen Erkrankungen, um das besser einordnen zu können. Und nicht die Vorstellung zu haben, das ist jetzt äh, hat irgendwas mit eigenen Werten oder Bewertungen zu tun. Es ist eine Erkrankung und die gehört genauso behandelt wie jede andere Erkrankung. Und es ist einfach eine Bewusstseinsbildung in die Richtung ganz zentral. Gerade bei Leuten, die sich damit vorher noch nie auseinandergesetzt haben, wovon man jetzt rein vom Qualitätsprofil von Rettungssanitätern nicht ausgehen darf. Ja.
- 7 I: Ok
- 8 P2: Das wäre so meine erste Idee.
- 9 I: Okay, das klingt aber so als wären sie schon mal mit dem Thema in Kontakt gekommen.
- 10 P2: Ja, ich selbst mit dem Kriseninterventionsteam aber auch als Rettungssanitäter. Das muss ich schon auch sagen. Mit den Situationen ist man dann hoch überfordert. Zum einen dann diese wagen Formulierungen, weil man dann nicht weiß, wie man reagieren soll. Weil es kommt dann ja eh wieder, Suizidalitätsstatistik, gerade von älteren Personen, die man dann aus dem Altenheim holt „Warum machen Sie das überhaupt? Warum bringen Sie mich ins Krankenhaus? Bitte lassen Sie mich doch einfach sterben!“. Solche Situationen/ hm (überlegend) ist man dann auch/ Stellt man sich auch im Nachhinein die Frage, warum macht man das überhaupt. Warum darfst Du da eigentlich nicht sterben? Das ist eine berechnete Frage. Aber auch wie man mit dem umgehen soll. Dann aber auch/ Ja, das sind schwierige Gesprächssituationen, wo man sich da nachher auch die Fragen stellt: Habe ich da richtig reagiert, hätte ich da anders reagieren sollen? Ja. Genau. Aber bevor man/ In der Ausbildung selber wird es viel zu wenig thematisiert. Vor allem das Psychiatrische. Ich war ja als Lehrsanitäter tätig und das sind innerhalb von hundert Stunden Theorie zwei stunden circa. Katastrophal.

- 11 P1: Genau.
- 12 P3: Ich finde auch, dass es in der Ausbildung viel zu wenig thematisiert wird. Suizidalität und generell andere psychische Erkrankungen und wie man damit umgeht. Also man stößt die Leute irgendwie in eine Situation rein, wo man nicht weiß, was würde da auch gut kommen, wenn man irgendwie drauf antwortet. ähm, wie kann man das machen, ja? Da geht es halt meistens, das klassische Thema mit dem Altersheim, da kommt dann meistens „Naja sagen Sie so etwas nicht“, dann wird der Patient vielleicht grantig. Also wenn man zu einem Patienten fährt, wo schon drin steht „Suizidgedanken“ und dann kommt man hin, man ist jung und motiviert und dann sagt er „Mir geht's so schlecht“ und dann sagt man halt, weil man es verharmlosen will oder weil man in dem Moment halt denkt das passt „Naja, es wird schon nicht so schlimm sein“ oder „Na hören Sie auf, es gibt sicher viel in ihrem Leben, das lebenswert ist“. Und dass der Patient das dann in dem Moment nicht so empfindet, das sehen junge Kolleg*innen, die sich noch nicht so viel damit auseinandergesetzt haben dann halt/ Die sehen das dann nicht so. Und dann kann die Situation, wie ich finde, auch recht schnell eskalieren. Also ich finde das recht dramatisch, dass in der Rettungssanitäterausbildung Gesprächsführung kein Teil davon ist und in der Diplomierten auch nicht.
- 13 I: Und das mit den Altersheimen, das scheint ein häufigeres Thema zu sein, wenn Sie es beide schon so ansprechen
- 14 P3: Ja.
- 15 P2: Ja.
- 16 P1: Ja, es kommt immer wieder vor. Und also ich sehe es auch so, weil Ihre Frage ja war, was würde man brauchen, was wäre gut zu wissen in puncto Suizid für die Tätigkeit. Da kann ich den beiden Kollegen nur Recht geben: Es braucht eine organisiertere professionellere Befassung mit dem Thema. Ich habe es selbst dann in der Ausbildung zum Kriseninterventionsmitarbeiter gemerkt, wo ja das ein Hauptinhaltpunkt ist auch, dass mir das schon jahrelang gefehlt hat, in meiner Tätigkeit als Rettungssanitäter. Und da kommt es halt schon drauf an, mit wem fährt man, mit wem ist man im Team unterwegs, wie viel Erfahrung hat man, wie ist man gerade drauf, wie kann man die Situation/ und welche Lebenserfahrung hat man schon. Also das soll es nicht unbedingt sein. Also in der Rettungssanitäterausbildung einen klareren Fokus auf den ganzen Bereich psychische Erkrankungen und auch Umgang mit Suizidalität. Weil so wie die P3 vorher gesagt hat, dann versucht man es zu verharmlosen und sagt so was wie „Naja und jetzt wird es ja wärmer und die Sonne scheint“ und alles ist wieder leichter. So die klassischen/ Und ja, das sind halt Verlegenheits- oder Überforderungssätze. Und ja, was ich auch noch sagen wollte, weil Sie das angesprochen haben, ob so was öfter vorkommt hinsichtlich so Altersheimen und ältere Patienten: Was auch öfter vorkommt und stark am Zunehmen ist, ist ähm depressive Verstimmung beziehungsweise Panikattacken von jüngeren Patient*innen plus zusätzlich auch mit Intoxikationen. Also nicht nur klassischer Alkohol sondern auch sämtliche von Medikamenten über Suchtmittel/ Und da ist das dann ja nochmal was anderes, wenn ein Klient oder Patient im Rettungsdienst so was äußert, weil die Wahrnehmungen ja in dem Zustand nochmal was anderes sind, ja? Weil wenn da einer so völlig zugeröhrt steht und sagt „Das bringt alles nix, ich springe jetzt“, dann ist das noch einmal eine andere Situation, da dann auf den Patienten einzugehen, ja?
- 17 I: P2 nickt ganz vehement.
- 18 P2: Ja, es ist immer schwer mit alkoholisierten oder intoxikierten Patienten Kontakt aufzunehmen.

	Eine Beziehung herzustellen und das geschickt abzuwickeln und das nicht zu bagatellisieren. Weil das ist ja die Gefahr. Oft kommen ja dann auch Impulshandlungen vor und das ist eine ziemliche Herausforderung.
19	I: Sie beide habe ich in ihrer Stellung so begriffen, Sie sind da im Krisen-
20	P2: Krisen-
21	P1: Kriseninterventionsteam, ja.
22	I: Genau.
23	P1: Das X hat ein Kriseninterventionsteam auf den Krisenstellen in allen Bundesländern. Das sind Kolleginnen und Kollegen, die eine zusätzliche Ausbildung haben und Klientinnen und Klienten nach plötzlichen Todesfällen, Verkehrsunfällen, oder bei Suiziden die Hinterbliebenen dann betreuen.
24	I: Okay. Nur die Hinterbliebenen oder auch die Mitarbeiter*innen?
25	P1: Nein, das Kriseninterventionsteam ist nur für die Hinterbliebenen, Zeugen, Arbeitskollegen zuständig. Dann gibt's aber auch das Peer Team und das ist dann für die Mitarbeiter*innen, also Rettungssanitäter und Rettungssanitäterinnen vor Ort.
26	I: Ok.
27	P1: Das ist aber streng getrennt. Krisenintervention betreut keine Mitarbeiterinnen, nur Angehörige von Verstorbenen oder schwer verletzten.
28	I: Also da ist dann auch klar, dass die entsprechende Schulung stattgefunden hat, ja? Aber das heißt, W1 bei Ihnen gab es/ Sie haben da nicht so viel Wissen in der Hinsicht wie die Kollegen jetzt?
29	P3: Würde ich nicht sagen, weil ich mich erstens damit beschäftigt habe. Wir haben immer wieder Leute auf der Intensiv, die in die Donau hüpfen wollen oder Tabletten nehmen oder so. Und wir haben da auch ganz viele Schulungen. Genau
30	I: Das meinten Sie, als Sie vorhin DGKP gesagt haben?
31	P3: Genau.
32	I: Gut, danke für den Input.

- 33 P2: Darf ich da noch kurz was ergänzen, weil es mir wichtig vorkommt? Also noch einmal zur Ausbildung zurück: ähm, ein Grundproblem, das wir haben ist, dass die Leute, die diese psychiatrischen Erkrankungen machen, dass die, die das lehren ja auch keine Ausbildung haben, sondern nur Lehrsanitäter sind. Die müssen sich das ja auch im Selbststudium aneignen und haben nicht einmal eine besondere Ausbildung dazu. Ich glaube, das ist schon auch wichtig, das noch einmal zu erwähnen.
- 34 I: Ja.
- 35 P2: Das machen halt einfach Leute, die das halt einfach machen, weil sie es machen müssen und nicht weil sie es können oder dazu geschult sind. Das ist glaube ich eines der Dinge, ich kenne das von einem Kollegen, der hat immer gesagt „Mach Du das bitte, mit dem Thema kenne ich mich selber nicht so gut aus. Komm Du in meine Klasse und Du unterrichtest.“
- 36 I: Also da wäre so eine Professionalisierung wünschenswert.
- 37 P2: Wenn man es ausdehnt, dann auf jeden Fall, ja.
- 38 I: Danke für den Input. Also der zweite Punkt ist heute „Mit der Krise fertig werden“. Und da haben sie auch schon ein bisschen reingeleuchtet. Da steht darunter „Welches Wissen darüber, wie man in Verlust- und Suizidkrisen mit anderen umgeht, könnte von entscheidender Bedeutung sein? Gibt es da Geschlechtsunterschiede? Was kann getan werden, was sollte vermieden werden?“
- 39 P2: Das habe ich jetzt nicht ganz verstanden.
- 40 I: Wenn jemand in einer akuten Krise ist, was kann getan werden, was soll vermieden werden, ihrer Meinung nach. Und wie können auch Angehörige gut betreut werden und gibt's vielleicht auch Geschlechtsunterschiede?
- 41 P2: hm (überlegend)
- 42 P1: Das ist sehr, sehr allgemein gefragt. Nochmal runtergebrochen: Im Rettungsdienst wie könnte da adäquat betreut werden?
- 43 I: Oder eben auch ähm, Sie sagen intensivmedizinisch, wenn Leute da sind, die sagen sie wollen sich suizidieren, was soll vermieden werden? Das haben Sie vorhin eh schon angesprochen mit dem „Naja es ist bald wieder schönes Wetter“.
- 44 P1: Ja, ernst nehmen, Zeit nehmen. ähm, eigentlich all das, was man, wenn man nicht gut drauf vorbereitet ist, nicht machen würde. Weil da ist das Natürlichste, wenn man nicht gut vorbereitet ist auf so was dann aus so einer Situation rausgeht. Das ist natürlich, dass man abwiegelt, es gibt ja dieses „Bis du heiratest ist es wieder gut, ach schau, die Sonne scheint“. Warum sagt man das? Natürlich, das gibt einen Themawechsel, oder sich nicht verantwortlich fühlen will. Ja, Zeit nehmen, ernst nehmen, nachfragen konkret, was man halt alles tendenziell dann tut, wenn man davor in einer Ausbildung oder in einem professionellen Zusammenhang davon auch schon gehört

- hat. Durchaus auch Hilfe holen. Also das ist auch was, dass man nicht alles auf sich/ Dass man glaubt, man muss als Rettungssanitäter alles/ Ressourcen ansprechen, vermitteln, also es gibt ja auch andere Stellen, oder/ Stellen, das klingt immer wie das Salzamt, das berühmte. Aber es gibt auch greifbare Angebote. Also das fällt mir jetzt so ad hoc ein.
- 45 I: Ja.
- 46 P3: Mir fällt in Wirklichkeit auch dasselbe ein. Es wahrnehmen und akzeptieren. Also wurscht, ob es im Rettungsdienst oder Intensivstation ist. Wenn die Patienten sagen, dass sie nicht mehr leben wollen. Und dann auch professionelle Hilfe suchen. Weil, ich kann das gar nicht. Ich kann das gar nicht auffangen oder so. Das ist auch kein Prozess von ein, zwei Stunden, wo ich mich hinsetze und mit dem rede. Das hilft vielleicht am Anfang ein bisschen, bis die professionelle Hilfe da ist. Das hilft vielleicht am Anfang, dass ich da bin. Aber ich kann niemals eine professionelle Hilfe ersetzen, das geht einfach nicht. Aber ich glaube, in dem Moment wo man jemanden ernst nimmt und es anspricht und da auch ein bisschen nachfragt, ähm dass es das unter Umständen auch ein bisschen besser macht, wenn sie sich zumindest auch gehört fühlen.
- 47 I: Ja.
- 48 P1: Auch selber Gefühle dazu äußern. Also auch selber sagen, wie geht es mir jetzt damit? Ja, wenn jemand so was sagt, vehement auch, was das dann mit mir gerade macht. Also jetzt nicht irgendwie vorwurfsvoll aber eben, was die P3 auch gemeint hat. Das eben ansprechen, dass man jetzt mit dem/ Also dass man das nicht lösen jetzt kann aber dass man da bleibt und darüber spricht, und dass man versucht eine Lösung zusammen zu finden.
- 49 I: hm (verstehend) und wenn Sie von professioneller Hilfe reden, W1, wer sind diese Professionisten dann in dem Fall?
- 50 P3: Ich habe Sie jetzt ganz schlecht verstanden.
- 51 P1: Bei mir war es auch ganz verzerrt.
- 52 I: Ja, ähm, wenn Sie über professionelle Hilfe reden, wen meinen Sie damit? Da gibt es dann auch Anlaufstellen, die als solche deklariert sind?
- 53 P3: Ja, also im Rettungsdienst. Ich kann das als Rettungssanitäter nicht auffangen, ich kann auch nicht die ganze Nacht bei demjenigen am Bett bleiben, das geht auch nicht. Genau dafür gibt es das Kriseninterventionsteam und es gibt dann auch das Akutteam, das aus Psychologen besteht, oder? Ja, genau, dass ich diese Hilfe anfordere und dass ich mir nicht blöd vorkomme, wenn ich sage naja da gehört das Kriseninterventionsteam her.
- 54 P1: Man muss dazu sagen, Entschuldigung, dass ich dich unterbreche, man muss dazu sagen genau dieser Bereich, wo wir jetzt gerade auch sind, wo sie jetzt nachgefragt haben bei der P3 „Ja, da gibt es dann Stellen“, das ist der riesige Knackpunkt im Rettungsdienst Österreich. Hier kommt nämlich ganz klar nicht das Kriseninterventionsteam. In dem Fall ganz klar: W1 fährt mit dem Rettungswagen zu einem Patienten, zu einer Patientin, die äußert dort ganz klar „Es ist alles furchtbar, es ist alles schlecht, ich will nicht mehr, aus.“ Dann kann die P3 nicht das Kriseninterventionsteam nachfordern, sondern es muss/ Es hätte ein Rettungseinsatz stattfinden

müssen, bei dem eine Person entweder verstorben ist oder lebensbedrohlich verletzt worden ist und dann betreuen wir die Angehörigen. Wir betreuen beim Kriseninterventionsteam nie einen psychisch ähm Erkrankten oder einen suizidalen Patienten. Das heißt, ihr bleibt nur die einzige Chance, dass sie mit diesem Patienten im Gespräch soweit kommt, dass sie in eine Klinik fahren. Nämlich in unserem Fall in die nächstgelegene psychiatrische Abteilung. Und dass diese Abteilung ihn überhaupt nimmt, diesen Patienten. Das ist kapazitätsmäßig katastrophal in Österreich, dass man überhaupt Betten bekommt. Wenn der einwilligt. Viele willigen ja gar nicht ein. „Ja ich gehe ja nicht in eine Psychiatrie“. Ja, was macht macht sie dann? Dann muss sie entscheiden, ist er fremdgefährdend oder selbstgefährdend, dann muss sie die Exekutive hinzuziehen. Also das ist ein/ Ich habe das jahrelang erlebt und es ist wahnsinnig schwierig und ermüchternd und stark am Zunehmen. Weil eben genau diese Fälle, dass Leute, die allein sind, verzweifelt sind, das äußern, in der Hinsicht, dass es dafür eigentlich keine Lösung gibt, wie „Da ist ein Herz- Kreislauf- Stillstand“. Da ist klar, was man macht.. „Da ist eine offene Kopfwunde“, es ist klar was man macht, wo man jemanden hin transportiert, was im Rettungswagen zu tun ist. Ein irrsinnig schwieriges Feld, wo viele Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter, gerade junge nach ihrer Grundausbildung, die noch wenig persönliche Patientenerfahrung haben, oft überfordert sind. Und dann auch von der Exekutive mit sehr viel Unverständnis und Unfreundlichkeit konfrontiert sind. Ja, völlig alleine gelassen werden.

- 55 P3: hm, stimmt. Ich bin jetzt von den Angehörigen ausgegangen. Also die Betreuung von Angehörigen nach irgendwelchen traumatischen Ereignissen. Ich habe mir, ich habe mit 17 angefangen bei der Rettung und ich habe mir auch schwergetan, obwohl ich dann mit 19 die Krankenpflege gemacht habe, wo man ein bisschen mehr mitbekommt. Aber auch noch nicht genug, dass man mit Tod oder Sterben umgehen kann. Und ich muss sagen, ich habe mir wirklich sehr lang schwergetan. Für mich halt, mein Empfinden. Was sagt man, wenn einer sagt „Ich will mich umbringen“? Ich war sicher auch eine, die gesagt hat „Naja, es scheint draußen die Sonne, es gibt sicherlich etwas Schönes in Ihrem Leben“. Ja, aber ich meine, da war ich unter zwanzig: Man hat super wenig Lebenserfahrung. Man weiß das auch gar nicht, was man in dieser Situation irgendwie brauchen könnte, weil man auch gar keine Erfahrung hat und man hat null Erfahrung in dieser Schiene. Und das ist schon was, was man auf die jüngeren abwälzt, weil ein Großteil unserer Leute sind eben Zwanzigjährige, die gerade angefangen haben und studieren. Und zwar nicht Medizin oder Kommunikation sondern sonst irgendwas.
- 56 I: hm (verstehend).
- 57 P1: Dem kann man nur beipflichten.
- 58 P2: hm, ja dem „Wenn ich es einmal auf einer Power Point gesehen habe, wie ich mich da zu verhalten habe“, im Rahmen von 15 Minuten. Wenn ich dann in der Situation bin, da denke ich ja nicht „Ah, da hatten wir ja eine Power Point, wo das gestanden ist“. Das macht es halt so schwierig. Da ist ein Theorie-Praxis- Spalt, ein ganz großer. Und das finde ich/ Also da eben, wenn man suizidale Patienten hat, dann hat man als Rettungssanitäter eine ganz spannende Position, weil man so ein bisschen transitmäßig ist: Also ich hole den und ich bringe ihn dann wohin, wo ihm geholfen wird. Es macht einen riesen Unterschied, ob ich jetzt am Land bin, weil da bin ich dann/ Da hab ich eineinhalb Stunden mit dem, da komm ich mit dem ins Gespräch. Oder ob ich in der Stadt bin, da hab ich 15 Minuten mit dem, wo ich den transportiere und dann ist er wieder weg. Und das ist natürlich schon ein bisschen/ Da stellt sich für mich immer wieder neu die Frage: Wie viel Beziehung baue ich da jetzt auf. Also wenn ich in den zehn Minuten eine irrsinnig gute Beziehung aufbaue und dann sag „ciao“, dann ist es für den jetzt auch nicht wahnsinnig toll. Weil da hat er jetzt Vertrauen aufgebaut und das ist dann auch wieder umsonst. Während, wenn ich eineinhalb Stunden mit jemandem fahre und der sich da öffnet, ist es wieder eine andere Situation, wo man wieder ins Gespräch kommen kann und dem auch ein Gegenüber sein kann. Aber es ist immer unterschiedlich. Ich finde auch, da gibt es keine standardmäßige/ Also ernst nehmen. Aber wie tief oder wie sehr kann der auch mich treffen? Ich finde ein großer Punkt, was man als Rettungssanitäter machen muss, was ich zumindest relativ häufig hab machen müssen: Das Image der Psychiatrie aufpolieren. Weil es ist noch nie irgendwer hergekommen und hat gesagt „Das hilft mir“. Es ist entweder so, dass sie schon da waren und es ist katastrophal in Erinnerung geblieben

und darum muss man dann sagen „Na irgendwas muss geholfen haben, weil du bist noch am Leben“ und so weiter. ähm also irgendwas hat ja geholfen und wenn es nur eine Spontanremission war. Aber irgendwas hat geholfen und du hast dir nicht das Leben genommen. Aber es ist, ja/

59 P1: Aber das ist wirklich ein großer Punkt.

60 P2: An dem liegt viel in der Kommunikation mit den suizidalen Patienten. Das schmackhaft machen und das braucht viel, viel Zeit.

61 I: Okay.

62 P3: Nicht dieses nullachtfünfzehn. Oder halt die, die weniger Ausbildung haben da gar nicht überlegen, ob ich eine Beziehung aufbaue und wie tief ich das mache. Sondern da stellt sich die Frage, wie baue ich diese Beziehung überhaupt auf? Wie komme ich an den ran. Also das ist eben wieder mit Ausbildung und mehr Training und Kommunikationsschulungen.

63 I: Aber verstehe ich Sie da richtig, dass Sie sagen also Kommunikation ist da ein Faktor, der gut helfen kann in der Situation? Beziehungsaufbau?

64 P2: Ja und nein. Also ich finde schon, es kann schon helfen, wenn es um die Frage geht, um ein konkretes Beispiel zu nehmen: ähm muss ich das jetzt? Mir ist klar, diese Beziehung wird am Schluss enden, der Psychiatrie. Für mich stellt sich nur die Frage, wird sie es freiwillig machen oder unfreiwillig, die Patientin. Da ist Beziehungsaufbau natürlich das wichtigste, weil da werde ich natürlich versuchen, dass sie das auf freiwilliger Basis passieren lässt.

65 P1: Man muss das immer vergleichen mit einem anderen Einsatz, wo ganz klar ist, da fahren wir auf die Unfall, weil das Bein ist halt offen oder möglicherweise gebrochen. Da wundert sich keiner. Na da fahren wir halt auf die Unfall, da wird man ein Röntgen machen. und analog dazu dann „Na mir geht's nicht gut, ich will nicht mehr, ich kann nicht mehr“ und dann diskutieren wir, na wo fahren wir jetzt hin? Uns ist klar, wohin wir fahren sollen. Aber der Patient sagt „Nein können wir nicht zu Hause bleiben, haben Sie nicht Medikamente“ und wir müssen sagen, nein das können wir alles nicht. uns bleibt nur/ Wenn wir mal vor Ort sind bleibt uns nur die Möglichkeit, es wird ein Revers unterschrieben, sprich ein Patient sagt von sich, er bleibt daheim, wenn er nicht selbst- oder fremdgefährdend ist. Das ist natürlich immer schwer einzuschätzen. In solchen Fällen kann man eigentlich niemandem raten, das ist diese/ ähm dass er das auf sich nimmt, dass er die Verantwortung übernimmt. Und wenn er nicht diese Verantwortung übernimmt, dann muss man eben diese Beziehung aufbauen, um wie der M2 gesagt hat, werben für die Psychiatrie und sagen „Nein, Sie werden da jetzt nicht eingesperrt oder gegen Ihren Willen festgehalten, da ist ein Arzt, mit dem können Sie mal in Ruhe ein Gespräch führen, mal nicht zwischen Tür und Angel und in Ruhe und mal eine Nacht dort verbringen“. Um ehrlich zu sein, wir beschreiben die Psychiatrie dann eh besser, als sie ist. Weil sie ist furchtbar: Die Leute kriegen schnell, schnell Tabletten und werden vor die Tür gesetzt. Und so lange sie es nehmen ist es gut und dann drei Tage später werden sie abgesetzt und dann fängt es neu an. Also wir kennen unsere Psychiatriepatienten im Bezirk ja sehr gut und meistens auch ihre Krankheitsgeschichten, ja? Muss man natürlich unterscheiden, ob es eine kurzfristige Suizidalität von jemanden ist oder eine lange chronische psychische manifestierte Erkrankung. Führt und jetzt wahrscheinlich zu weit in dem Zusammenhang. Aber was würde uns helfen, um nochmal darauf zurück zu kommen? Ja, wir üben in der Ausbildung so oft die Schaufeltrage. Also das ist zum Bergen nach Rücken-, Becken-, Wirbelsäulenverletzungen. Das übt man in der Ausbildung oft stundenlang, wird von Trainern dabei beobachtet und bewertet. Es gibt dafür Zwischenprüfungen. Ich frage mich, warum übt man nicht, in Rollenspielen, so wie wir es in der Krisenintervention machen oder in Fallbeispielen oder Rollenbeispielen, die sehr wichtig in solchen Situationen sind, solche suizidalen Patientinnenbetreuungen, Gesprächsabläufe, um da einfach sicherer zu werden? Um da zu merken,

es kommt nicht auf ein Wort an, das man sagt und dann springt er. Es geht darum, sich drauf einzulassen. Zu beginnen eben, diese besagte Beziehung aufbauen. Nicht dass es jetzt eine hundertjährige Beziehung wird mit der Person aber ähm wirklich merkt, wir können uns zuhören, wir können uns vertrauen. Weil da geht's ja auch um ganz intime Gedanken und Verzweiflung und das macht man nicht zwischen Tür und Angel. Also da wird er sich nicht öffnen.

- 66 I: hm (zustimmend). Aber haben Sie schon Erfahrung gemacht mit Interventionen, die hilfreich sind? Gibt's da was, wo Sie sagen, ja, das soll man auf jeden Fall üben oder Dinge, die man auf jeden Fall vermeiden sollte?
- 67 P2: Sehr viel, also es sind viele Erfahrungen.
- 68 P1: Ganz viele. Aber wie man das üben kann, puh.
- 69 P2: Ich glaube eh, wie P2 es schon beschrieben hat, sich auf diese Gesprächssituationen einzulassen. Weil es ja nicht nur mich schult in dieser Gesprächssituation, sondern ich glaube, es ist halt eins der wichtigsten Dinge, eine gewisse Haltung auch dann zeigt und reflektiert. Und die habe ich halt oder halt nicht und wenn ich mich auf einen Beziehungsaufbau einlasse, dann fördert das eine gewisse Haltung in mir und der andere spiegelt das ja dann auch wider. Wenn Du zu mir sagst, die Sonne scheint und es ist dann nicht mehr so tragisch, dann fühle ich mich von Dir nicht ernst genommen. Und so eine Haltung des Bagatellisierens kann ich dann hinterfragen und in Frage stellen. Und dann in der nächsten Gesprächssituation darauf zurückgreifen. Also es ist aber was hilft, ähm so divers. Zeit.
- 70 P1: Zeit.
- 71 P3: Erfahrung.
- 72 P1: Es steht und fällt mit den Erfahrungen. Weil wenn ich, wie die W1 sagt, den Großteil der Sanis mir anschau: Die sind um die zwanzig die haben Gott sei Dank null große Krisen gehabt und fahren halt da ungezwungen hin, haben es leiwand und dann buff, kommt so was daher. Jetzt sind sie vorbereitet auf: Da liegt wer der atmet nicht mehr und das Herz schlägt nicht mehr. Das haben sie hundertmal durchgeübt. Dann ist das sicher auch schlimm für die Kolleg*innen aber das wurde hundertmal durchgeübt. Sie haben eine Handlungsanleitung im Kopf und eigentlich auch in der Hand, weil sie es wirklich praktisch geübt haben. Und das ist jetzt im Umgang mit psychisch Kranken Patienten, suizidalen Patienten nicht. Sie haben schon mal gehört, eine Folie, „Ja, das gibt es auch, was macht man da? Selbst-/ fremdgefährdend? Exekutive oder nicht?“ Was macht man da? Bisschen reden, dass die kooperieren und schauen, dass man sie in die Klinik bringt. Das ist/ Ja, ich bin jetzt nicht mehr in der Ausbildung für Rettungsanitäter drin. Vielleicht sind ein paar Folien dazugekommen
- 73 P2: Nein, sind nicht.
- 74 P1: ähm und ja, darum vielleicht ja, das Fahren mit anderen Kollegen. Also vielleicht nicht drei Zwanzigjährige fahren miteinander. Ja, das kann man nicht vorgeben, aber wenn wir hier schon drüber diskutieren, natürlich würde es sinn machen in einer a) gemischtgeschlechtlichen aber auch in einer gemischten Altersgruppe zu fahren. Um anders auf Patienten eingehen zu können. Um zu sagen „Ich fahre mit einem Kollegen, der schon seit 20 Jahren fährt und fahre mit dem und wir fahren nicht alle frischgefangen zusammen“. So funktioniert es leider nicht, weil wir froh sind, wenn es überhaupt Leute gibt, die Dienste machen. Und es ist nicht immer der älteste Kollege mit

zwanzig Jahren Erfahrung dabei. Was natürlich super wäre, weil dann kannst du von seinen Erfahrungen profitieren. Wenn ich mich das hören sage, dann weiß ich, dass das keinen Erfolg haben wird, das so anzugehen. Also das muss in der Ausbildung erfolgen, ganz klar für alle standardisiert und da den Rahmen bekommen. Ganz analog zu den anderen großen Themen im Rettungssanitäterbereich.

- 75 I: Wobei ich da jetzt auch raushören/ Weil also in anderen Berufsgruppen, da machen wir auch diese Studie/ Aber auch bei Ihnen höre ich raus, dass es da eigentlich noch um die Suizidalität an sich geht. Der Suizid, der vollzogene, da wissen dann die Leute wieder, wie sie zu handeln haben oder wie verstehe ich das?
- 76 P1: Der ist klar geregelt. Und zwar so, dass man als Rettungssanitäter maximal noch schaut, ob Lebenszeichen vorhanden sind, quasi. Wenn das eben erst passiert ist, findet ein Notfallcheck statt, quasi mehr oder weniger wie bei jedem, dass also/ Atmung, jetzt vereinfacht gesprochen. Lebensfunktionen werden gecheckt und wenn die nicht mehr da sind, ja dann wird es relativ schnell, sage ich jetzt mal so zugespitzt, es wird relativ schnell entmenschlicht. Das macht sicher auch wieder ganz viel mit diesen Kolleginnen und Kollegen, da bin ich mir ganz, ganz sicher. Ich kenne alle in meinem Rettungsdienst aber natürlich auch in der Krisenintervention, die allerersten Toten oder auch Suizide. Da kann ich mich gut erinnern. Und hm, ja hab das nur gut verarbeitet durch ein gutes Team mit dem ich dort war, guten familiären und partnerschaftlichen Zusammenhalt. Aber nur rein von der Organisation oder sonst so/ Ja, jetzt gäbe es mittlerweile das Peer-Team, wenn ich Probleme gehabt hätte. Und ich weiß, dass bei uns so vorgegeben ist, dass bei solchen Teams die Peers auch aktiv/ Proaktiv auch auf die jungen Kollegen zugehen, die auch vor Ort waren, wenn die wissen, da war ein Suizid, Schussverletzung Kopf. Dann schauen die sich an „Aha, da war ein Kollege, der ist relativ neu“, dann ruft auch das Peer-Team schon mal von sich aus an und sagt „Okay, der ist neu“ und ruft an. Und sagt „Okay du warst da bei dem einen Einsatz, wie geht's dir denn? Hast du Fragen? Brauchst du was?“ Also da muss ich sagen, da hat sich schon was/ Es hat sich da schon was getan. Aber um jetzt wieder auf die Vorbereitung und auf die Ausbildung zurück zu kommen, wie wird mit dem schon vollendeten Suizid/ Ja also so wie mit jedem K7, das ist bei uns der irreversible Todesfall, also der festgestellte Tod. Da ist dann nicht mehr viel.
- 77 P2: Da geht's dann um die Angehörigen.
- 78 P3: Ja aber also bei einem vollzogenen Suizid, wenn jemand tot vor dir liegt, dann hast du ja als Sanitäter irgendwie wieder ein Handlungsschema, auf das du zurückgreifen kannst. Die Schwierigkeit ist halt davor, wenn jemand sagt „Hey, mir geht's nicht gut, ich möchte mich umbringen“, das ist dann die Schwierigkeit, auf die man nicht vorbereitet wird. Überhaupt nicht. Und da gibt's auch nach der Sanitäterausbildung keine Fortbildung. Überhaupt nichts. Ich glaube nicht, dass man gerade in der Psychologie oder Kommunikation jede Gesprächsführung üben kann, weil jede Situation ist anders. Aber man kann seine eigene Wahrnehmung trainieren, man kann sich anschauen, welche Konzepte würden da gut funktionieren? Man kann/ ähm, wie würde ich mich fühlen, wenn mir jemand sagt „Draußen scheint die Sonne“. Also wenn ich so was übe, würde ich danach ganz anders damit umgehen. Also das haben wir zumindest in der Krankenpflegeschule so gemacht, das hat mir auch sehr geholfen. Und das ist halt in der Rettungssanitäterausbildung/ Ja, ich meine zwei Stunden, das ist nichts. Und wie P1 sagt: Reanimieren, das wird geübt bis zum Abwinken. Auch jemanden aus einem Auto rausholen wird geübt bis zum geht nicht mehr. Aber irgendwas wie Gesprächsführung, „Hey Leute, Ihr fahrt wahrscheinlich öfter zu jemandem mit einer Panikattacke als zu irgendwelchen psychiatrischen Situationen“, darauf wird überhaupt nicht aufmerksam gemacht. Also ich bin glaube ich x mal mehr psychiatrische Geschichten gefahren als einen Autounfall. Das ist eher selten. Aber das ist, warum Leute nachts um 3 dann die Rettung holen.
- 79 P1: Das ist ganz stark im Zunehmen. Also unempirisch, ich mache keine Stricherliste. Aber es ist auch, was ich die Kollegen erzählen höre von ihren Diensten. Panikattacke, Panikattacke, Intoxikation mit psychiatrischer Geschichte aber auch im Zusammenhang, also wirklich eine

- Kombi, wo du denkst puh also, ich bin froh, dass ich nicht mehr ganz so aktiv bin als Rettungssanitäter, also nicht mehr fahre dann. Weil meine aktive Rettungssanitäterkarriere, wo ich mir die Nächte um die Ohren geschlagen habe, wo ich da nicht mehr mache. Auch einer der Gründe, weil das so stark im Zunehmen ist, ja.
- 80 P3: Überhaupt bei Jugendlichen ist es extrem zu. Also was ich wirklich oft in letzter Zeit gefahren bin, bei gewaltbereiten Jugendlichen, die sagen sie tun sich etwas an. Sich in irgendeinem Raum einschließen, mit einem Messer drin, wobei sie eh schon in einschlägigen WG's wohnen, wo die Betreuer einfach an ihren Grenzen sind. Das finde ich arg, weil die Betreuer kennen die am besten. Dann kommt die Polizei, die ist nicht immer deeskalierend. Dann muss die Tür aufgebrochen werden, dann kriegst du keine Beziehung mehr zu denen hin. Also auf so was wirst du nicht vorbereitet.
- 81 P1: Stichwort Polizei: Wir haben vielleicht zwei Folien in der Ausbildung und die haben eine. Also ich bin zwar nicht in der Polizeiausbildung aber ich rede gelegentlich relativ viel mit den Kolleginnen und Kollegen. Krieg natürlich auch in der Krisenintervention ziemlich viel mit, weil wir Todesnachrichten gemeinsam überbringen. Also die Exekutive muss ja im Falle eines Todes der nicht zu Hause stattfindet, also nicht im Angehörigenkreis stattfindet, die Todesnachricht überbringen. Das macht ja nicht die Rettung, sondern die Exekutive. Und die ziehen uns da vom Kriseninterventionsteam dazu und sagen immer „Bitte, könnt ihr nicht sagen?“. Und wir sagen immer „Nein, wir können es nicht sagen, wir gehen mit“. Die bleiben dann drei Minuten und können die Uhr und Handtasche übergeben und dann bieten wir an, zu bleiben. Aber auch dort ist immer dasselbe: Die älteren schicken die jüngeren vor, die jüngeren haben keine Ahnung, die zittern am ganzen Körper. Also darum traue ich mich zu sagen, die haben eine Folie in der Ausbildung und wir haben zwei Folien in der Ausbildung.
- 82 P3: Die sind auch ehr aggressiv, muss ich gestehen. Gerade in solche Einsätzen, also psychiatrische Einsätzen sind sie aggressiv und auch wenn ich es nicht gut finde, was der Patient macht oder so komme ich mit Aggressivität überhaupt nicht weiter.
- 83 P1: Auch aufgrund von Überforderung und völliger/ Also es die haben halt andere Möglichkeiten, die treten ja auch körperlicher auf, weil sie auch irgendwie sozusagen/ Soll ja auch quasi so sein, dass die Exekutive/ Aber in dem Fall ist es ganz das Falsche.
- 84 I: Ist Polizei etwas, das Sie dazu rufen?
- 85 P1: Müssen wir, wenn jemand suizidal ist. Müssen wir. Also wenn jemand selbst- oder fremdgefährdend ist, wir also sozusagen, können ja niemanden körperlich oder mit, ja wie heißt das im Polizeijargon mit Körperkraft zurück halten. Weder mit etwas sich anzutun noch wen anderen anzugreifen. Das ist nicht unsere Sache. Wir sind für eine medizinische Erstversorgung oder Grundversorgung oder den Transport ins Krankenhaus zuständig. Und ab dem Moment, wo da etwas stattfindet, das für uns eine Gefahr sein könnte, dann sowieso. Weil Eigenschutz. Aber ab dem Moment, wo die Person sich gefährdet oder andere gefährdet, gehen wir einen Schritt zurück. Das geht bis dahin sogar, dass wir uns soweit zurückziehen, bis wir wieder ins Auto zurückgehen müssen. Und müssen die Exekutive hinzuziehen. Da ist nichts mehr, was wir machen können.
- 86 I: Ich bin jetzt bei der dritten Frage und die passt ganz gut dazu. Die wäre, welche Standards am Arbeitsplatz einen auch dabei unterstützen, ja? Also wie man auch mit Suizidalität umgehen kann. Welche Arbeitsplatzstandards können da hilfreich sein? Also Polizei hinzurufen, das ist eben ein Standard ab einem gewissen Punkt, ja.

- 87 P3: Also ich glaube, die Polizei gibt uns Sicherheit. Gerade bei gewaltbereiten Menschen gibt uns allein die Anwesenheit der Polizei Sicherheit. Ja, ob die dann hilfreich sind oder nicht, ist dann eine andere Frage. Manchmal auch, muss man es sich nochmal ausmachen mit der Polizei, wer jetzt als erstes vorgeht oder als erstes redet. Aber so wie P1 gesagt hat: Ab dem Zeitpunkt, wo die selbstgefährdend sind, gilt das Unterbringungsgesetz und die müssen dann auf die Psychiatrie. Da gibt es dann kein „Ich mag nicht“, sondern entweder sie steigen freiwillig in mein Auto ein oder die Polizei zerrt sie da rein. Das ist relativ heftig dann auch, wenn man das einmal sieht. Auch für die Mitarbeiter relativ heftig, muss man sagen, ja. Also ich glaube, Standards haben wir glaub ich gar nicht. Also mir würde nix einfallen.
- 88 P1: Ich kenne auch keine Standards.
- 89 P3: Die einzige Möglichkeit, die wir haben ist, die Polizei zu rufen.
- 90 P2: Ich glaube, das kann man eh so unterstreichen, dass unser Standard ist, die Polizei zu rufen, wenn Gefahr besteht für selbst oder andere. Aber ansonsten/ Es gibt keine Checkliste und ich bin auch nicht so der Riesenfreund von Checklisten, weil das auch so was Entmenschlichendes ist. Also wenn ich in die Psychiatrie damit, mit suizidgefährdeten Patienten/ Es stößt mir so auf, wenn dann jemand nur mehr da sitzt mit seiner Liste und fragt, diese Fragen ab. „Wissen Sie schon wie Sie es machen würden, haben Sie schon einen konkreten Plan?“ Und ich merke einfach, da ist null Interesse am Mensch an sich, sondern der muss halt gerade die Liste abarbeiten. Und so was als Standard finde ich bäh. Also ich muss die Liste/ Ich kann das ja gleiche aber irgendwie ein bisschen menschlicher auch transportieren. Aber Rettungssanis sind sehr checklisten- und algorithmenafin und freuen sich. Gleichzeitig ist es nicht mein Punkt.
- 91 P1: Ich weiß auch nicht, wie das helfen soll.
- 92 I: Ich meine auch eher so Standards im Sinne von wenn das/ Also was dazu dienen würde, es besser einzuschätzen, ab wann die Polizei einzuschalten wäre, ab wann jemand wirklich selbstgefährdend ist oder fremdgefährdend ist. Oder eben auch, ich weiß nicht, wie es im Job der Rettungssanitäter*innen aussieht, ob da auch Kolleg*innen/ Einfach dass es da ein Suizidrisiko, ein erhöhtes gibt, auch aufgrund der Belastung vielleicht im Berufsleben, ähm.
- 93 P2: Da kann man über Standards im Sinne der Peers und SVW reden. Inwiefern die wirksam werden. Und wie dieses Kolleg*innenhilfssystem ausgebaut sein soll. Also das wäre sicher kein schlechter Gedanke. Also weil zum Beispiel in Salzburg haben wir eine Hotline, die jederzeit erreichbar ist. Wenn Leute über einen Einsatz reden wollen, rufen sie da an und kommen gleich mit einem Peer in Kontakt. Weil im Peersystem in Krankenhäusern, die fangen jetzt auch schon an, also in manchen Regionen. Man sucht sich am ehesten dort Hilfe, wo man halt Nahbereiche hat. Der Schritt zum Psychologen oder Psychotherapeuten ist halt weiter als zum Kollegen, der eine Schulung hat.
- 94 P1: Und der auch Erfahrung in dem Ding hat. Wenn du mit irgendwem besprechen sollst, was belastet dich an einem Einsatz und dann musst du erst mal erklären, wie läuft ein Einsatz überhaupt ab, dann kann der Profi sein, in dem was er tut. Psychotherapie. Aber quasi bis der in der Situation ist/ Darum ist das Peersystem/ Ich kenne das noch aus dem Bereich der Feuerwehr. In Österreich hat die Feuerwehr das als erstes gemacht. Wirklich professionalisiert. Die sind top, was das Peersystem betrifft. Bei uns ist es zwar später erst gekommen aber auch sehr gut. Ja auch

das niederschwellige Erreichen, dass nicht sich vor der ganzen Mannschaftsich zeigen Müssen mit seinen Gedanken, ganz wichtig. Nicht den Vorgesetzten ansprechen müssen, und was mir jetzt in meiner Erfahrung und Erinnerung wirklich geholfen hat ist, und das rate ich jedem Kollegen: Fahre im Team mit Menschen, die du kennst, die du magst, denen du vertraust. Fahr nicht mit unbekannten Neuen. Also ja man kann nicht immer mit den zwei selben Leuten fahren aber mir hat am meisten geholfen, wenn ich nachher offen reden konnte, nach einer Reanimation oder nach einem psychisch belastenden Einsatz, oder einem, wo es eben um Suizidalität ging. Wo ich wirklich offen sagen konnte „Boah, das war hart, wie geht es euch? Ich glaube, ich kann jetzt gar nicht schlafen richtig“. Und dann sind wir noch die habe Nacht im Hof gesessen und haben drüber geredet „Boah, wie kann es soweit kommen? Die hat doch zwei kleine Kinder, wie kann die sich fast da runter stürzen?“ Aber das machst du nicht mit wem, wo du jeden Dienst mit jemandem anderen fährst. Da weißt du nicht, wie wird der reagieren, kannst dich nicht spüren und einschätzen, kannst dich nicht öffnen. Auch das ist wieder die Gefahr bei ganz jungen. Heute, ich bin 37 traue ich mir etliches zu. Aber wenn ich jetzt Revue passieren lasse, ich war 20 und hab das gemacht als wäre es das selbstverständlichste und hab nie drüber nachgedacht, wie ich mich/ Was ich mich eigentlich aussetze. Wahrscheinlich war es auch gut, wahrscheinlich hätte ich es mit dem heutigen Wissen nie so easy-cheesy machen können damals. Ähm und es ist mir nie schlecht gegangen. Es ist mir nichts passiert, ich bin nicht traumatisiert. Dass ich ständige Probleme dadurch hatte, wo ich arge Einsätze und Situationen habe, die ich wirklich mein Leben lang mitnehme. Aber im Guten. Also das ist auch gut aufgelöst. Ja, aber das kann sicher schief gehen in gewissen Konstellationen. Also ich bin mir sicher, dass es da sehr viele junge Kolleginnen und Kollegen gibt, wenn man auf die nicht schaut, dass es plötzlich weniger werden, die ziehen sich zurück. Ich glaube tatsächlich, dass die aus der Organisation gehen dann. Ich glaube, die ziehen sich relativ rasch/ puff verschwinden. Da gibt's bei uns nicht so ein Management, wo man sich anschaut, wann gehen Leute, warum gehen Leute. Das sind oft top motivierte Leute, die monatelang ständig fahren, die Nächte machen, wo man sich denkt „Na haben die kein zu Hause?“ Und dann plötzlich, puff, sind die aus den Dienstlisten verschwunden. Ich könnte mir denken, es könnte auch damit zusammenhängen, dass die/ Ja, sich dann abwenden und quasi an dem kiefeln, wie man so sagt, an dem zu knabbern haben und möglicherweise dann nicht mehr das ausüben können, mit der Leichtigkeit. Und sich dann abmelden, wenn es ihnen nicht gut geht. Und das ist eine Gefahr, glaube ich. Und wenn dann kann das nur mit guten Teams und Teamführung, Teambuilding und das zweite eben, ein professionelles Peer-Team gehen.

- 95 P2: Es muss fast ein bisschen normaler werden. Ich weiß nicht, wie man es institutionalisiert, dass man Einsätze nachbespricht. Also dass ich einfach hergehe/ Wir haben mal so ein Tool entwickelt, Selbstschutz, Gerätemanagement, wie es war, wie man es aufteilt und ein bisschen reflektieren können, wie es war. Wo waren Stärken, was muss man sich nochmal anschauen. Wenn man es auf fachlicher Ebene startet, kommt man eh auf die persönliche Ebene auch. Weil dann sagt einer „Das hat mich gestresst, deshalb habe ich es so gemacht“, dann fragt man, kommt ins Reden und sitzt eine halbe Nacht am Hof. Und Nachbesprechungen müssten im Rettungsdienst normaler werden und auch von der Organisation also organisatorisch verlangt. Weil Fortbildungen hast du eh. Da musst du vom Gesetz acht Einheiten in einem beziehungsweise 16 in zwei Jahren machen. Aber das sind dann so Fachfortbildungen, wo irgendjemand eine Power Point vorzeigt und am Schluss sagst du „cool“, aber das ist halt eigentlich/ Am Einsatz selbst wird nicht viel gemacht. Es wird dann zwar viel gefachsimpelt aber wie erlebe ich es dort in Einsatz, was hat gut funktioniert, was nicht; was war nicht die Lehrsaalsituation und wir haben wir es gelöst? Das wird nicht viel angesprochen. Weil die Schaufeltrage im Lehrsaal schließen ist was andere als in der Realität. Und lauter so Dinge sind halt/ Das ist eigentlich ein total unausgeschöpftes Potenzial, solche Einsätze nachzubespochen. Und das vielleicht zu institutionalisieren.
- 96 I: Das heißt, dass es so supervisorische Angebote es da gar nicht so regelmäßig gibt oder es noch kein Standard ist.
- 97 P2: Nein, nichts. Es ist absolut den Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern überlassen, ob er jetzt was nachbespricht oder nicht. Es ist nicht mal/ Ich wollte damals in unserem Zug auch so was wie eine Kultur des Nachbesprechens einführen. Dass das normaler wird. Aber es ist schwierig, weil man muss natürlich auch, ja das muss man als gesamtes Paket in Angriff nehmen, dass das normaler wird.

- 98 P1: Das muss man sicher unter die Überschrift Qualitätsmanagement packen, nicht nur das Persönliche, weil dann gibt's da wieder welche, die sagen „uhuhu das will ich nicht, wieso muss ich?“ Es ist nicht immer so, dass jeder reden will, das ist auch in Ordnung. Aber Qualitätsmanagement, das finden dann die Techniker wieder ganz toll aber so kann man es dann einbetten. Wo ein Viertel mindestens ist/ Natürlich, ob man will oder nicht, dass man trotzdem auf das eingeht, wie verarbeite ich das. Natürlich Supervision ganz wichtig, ja.
- 99 P2: Zum Teil verlangen sie es ja auch. Also von der Leitstelle aus. Ich hab immer wieder mit Mitarbeitern geredet, die hätten sich gewünscht dass mal irgendeine Supervision daherkommt, weil die meisten Menschen, wenn sie was weiß ich was alles machen oder erleben und das hinterlässt bei denen ja auch Spuren. Und da hat einer gesagt, er hat schon beim Leiter angefragt, ob man das nicht einmal/ Er würde sich so was wünschen, weil da ist es ihm eine Zeitlang schon nicht gut gegangen mit dem Einsatz, den er da gehabt hat. Und keine Antwort. Nix. Kriegt halt dann einfach nix. Der Leiter findet es super, die Idee, aber-
- 100 P1: Es verebbt dann. Das muss man sich vorstellen, diese Anrufe. Die Call-Taker. Die Leute am Notruf, was man da mitbekommt. Und dann aber noch anleiten muss für eine Reanimation oder anleiten muss, wenn man hört, es geht um Gewalt. Anleiten muss, wie man sich sozusagen wohin retten und einsperrt und man hört, dass da wer-
- 101 P2: Ja auch die Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter, also deine Kollegen schickst du dann da hin und weißt, der hat grad irgendwie eine Knarre und weißt aber nicht/ Also die Infos sind von überall her. Also wir haben letzts auch so einen Einsatz nachbesprochen gehabt. Also das war so eine gruppentechnische Maßnahme, das war eh angeleiert, weil da ein sehr geschickter Kollege das auch gesagt hat. Weil da ist es um ein Gewaltdelikt auch gegangen. Und da waren dann auf einmal/ Also ich hab dann rundherum ausgeschrieben. Alle die dabei waren und die Leitstelle, die hat das super gefunden, dass es so was dann endlich einmal gibt. Das war auch im Team, also es waren zwei Kollegen und die haben auch den größten Redeanteil gehabt.
- 102 P3: Was ich auch ganz arg finde ist bei ähm, das kriege ich immer häufiger mit, das erzählen mir dann Kollegen, die einen argen Einsatz gehabt haben dann. Und da hörst du schon raus, dass es dem dritten, der da im Auto war, dass es dem nicht gut geht. Und die, die dabei waren, die mir das erzählen, die kommen gar nicht auf die Idee, dass es dem dritten nicht gut geht. Die sagen dann „Naja, der hat ein bisschen geschluckt und war dann auch nachher ein bisschen ruhig“, aber die kommen gar nicht auf die Idee, dass der irgendwie das nicht verarbeiten kann und dass der Hilfe braucht dabei. Und ich weiß nicht, wie oft ich schon bei den Peers angerufen habe und gesagt habe „Hey, da hat es einen Einsatz gegeben, da war jemand dabei, bitte fragt bei dem dritten da mal nach, dem geht's nicht so gut. Ich war jetzt nicht dabei, ich hab nicht mit dem geredet, weil ich mich da nicht einmischen, es geht mich auch nichts an. Aber einer, der mir das erzählt hat, der hat es halt mir erzählt, der wollte mit mir drüber reden, das finde ich auch vollkommen ok.“ Aber ich find das halt so arg dass dieses Bewusstsein gar nicht da ist, dass wenn solche Schlagwörter wie „Der ist plötzlich ruhig geworden und fährt seitdem nicht mehr“ oder „Ja, der sagt er schläft seitdem schlechter“. Also wie man da nicht auf diese Idee kommen kann, das finde dich arg eigentlich. Auch schon in der Ausbildung. Du hörst es, hast es einmal in der Rettungssanitätsausbildung, vielleicht lernst du es noch einmal für die Prüfung, aber das war es dann.
- 103 I: Das heißt, meine letzte Frage ist die, was Sie glauben, was man für so ein e-Learning Programm für Rettungskräfte, was da sinnvoll sein kann. Dass man so was zum Beispiel auch gut drin umsetzen kann. Also, dass man einfach auf bestimmte Reaktionen von Leuten, die die Einätze fahren, dass man da kollegial drauf achtet.
- 104 P1: Ja, Fachwissen. Also ein e-Learning ist natürlich begrenzt. Alles wovon wir jetzt gesprochen haben ist definitiv durch Erfahrung generiert worden und nur durch Kommunikation, durch

- Vorträge, durch Rollenspiele, durch so was, glaub ich.
- 105 I: Auch Interaktives. Also viele Gruppen haben sich auch schon etwas Interaktives gewünscht. Also Austauschmöglichkeiten.
- 106 P2: Aber das e-Learning wäre quasi /Wird auch gedacht in eine Richtung, dass man live Veranstaltungen macht oder ist das was, wo man jederzeit einsteigen und das abarbeiten kann?
- 107 I: Genau. Also beides, da können Sie jetzt ganz frei überlegen. Es gibt auch Kolleg*innen, die sagen, es wären solche Blackstories, solche Gesprächssituationen, das man übt und je nachdem, was man gut oder schlecht sagt/ Sie können ganz frei überlegen, es kann was Interaktives sein, es kann ein Chat mit anderen sein, es können Vorträge sein. Da ist unsere Frage einfach, was könnte Ihnen helfen oder gerade den jungen Kollegen?
- 108 P2: Ich glaube Austausch und darüber reden ist was, was bei den online Geschichten gut funktioniert. Ich habe nie dran geglaubt aber wir haben jetzt eine Kriseninterventionsausbildung gestartet im online-Format und ich hab nie geglaubt, dass diese Rollenspiele auch im Onlinebereich möglich sind. Aber sie sind es. Natürlich in einem begrenzten Ausmaß, Ich kann keinen ganzen Fall durchspielen. Aber es gehen bestimmte Interventionen auch gut. Musst aber sehr willige Leute haben, weil das/ Die Kriseninterventionsleute haben ein starkes Eigeninteresse, diese Dinge zu üben. Wie hoch und stark das Eigeninteresse von Rettungssanitätern ist, ist natürlich fraglich. Aber worüber man/ Ja, worüber ich die neuen Rettungssanitäter recht gut gekriegt habe, ist Praxisreflexion. Weil sie erzählen sich ja sehr gerne von Einsätzen, die man gemacht hat. Das ist ja teilweise absurd, wie sehr das ist und wie sehr auch „Ach, ich hab das gehabt und das war grausig!“ und „Ach, das war noch grausiger“. Also man erzählt sich ja die Einsätze und das her zu greifen, da hab ich mal so ein Blatt erstellt: „Erzähl mal von einem sanitätsdienstlichen Einsatz von dir“ und dann geht's aber weiter. Und da fängt man schon mal zum Reden an und dann geht's weiter: Wo warst du schon mal nervös, was hat dich nachdenklich gestimmt und so stufenweise in das Persönliche abdriften. Kommunikationssequenzen. Und das hat recht gut funktioniert, das haben wir dann mit einem Speeddating verknüpft. Und das war recht nett. Also solche Sachen gehen glaube ich.
- 109 I: Ja.
- 110 P2: Viel also Austausch. Also über Einsätze sprechen und nicht nur, wie geil das war. Sondern auch „Was war mein Part, wo möchte ich mich weiter entwickeln, was hat mich nervös gemacht, was hat mich nachdenklich gestimmt, welche Dinge?“ Dass das einfach besprechbar wird, das wäre cool.
- 111 P1: Also von meiner Sicht auch definitiv Erfahrungsaustausch. So wie wir es auch in der Krisenintervention kennen. Intervention und Erfahrungsaustausch. Weil wenn man das Erzählen anfängt, dann merkt man „Ah, dem anderen ging es auch so“. Also dieses, man glaubt ja immer mit allem, man ist der einzige. Im Leben sowieso aber auch dann in Situationen. Und nein, du merkst, es geht allen gleich gut oder gleich geschissen. Jedem halt zu einem anderen Zeitpunkt. Und das trägt schon mal ganz viel dazu bei, dass man sich auch öffnen kann. Dass man eben auch draufkommen kann, ich kann drüber reden, ich bin nicht der einzige. Und dann muss ich schon auch wieder zurückkommen in puncto e-Learning: Auch klassische/ ähm klassisches Faktenwissen. In dem Bereich ist ein blinder Fleck von Faktenwissen und das kann auch mit einem e-Learning vermittelt werden. Schuldgefühle ähm handlungsbezogene und personenbezogene, da gibt es viele Sachen. Auch wie man es in der Krisenintervention macht. Das kann man lernen, das kann man auch abprüfen und man denkt sich ja, das ist wieder was zum lernen, das vergesse ich eh wieder. Nein, dieses Wissen bringt einem dann im Laufe der Zeit sehr, sehr viel. Weil man das wiedererkennt. Leute die zum hundertsten mal sagen „Nein, der ist nicht

tot, der ist nicht tot“. Die haben keinen Demenzzanfall. Nein, das sind normale Vorgänge, wo ich gelernt habe, das ist was Normales. Und ähm, ich glaube in dem Bereich nur durch zwei Folien in der Ausbildung, könnte man mit einem e-Learning mit Schwerpunkt eben das Faktenwissen aufbauen.

112 I: P3 wollen Sie noch was sagen zum Abschluss?

113 P3: Ja, ich glaube auch, dass das ein ganz wichtiger Punkt ist. Dass man da Fakten bekommt, dass man Wissen bekommt. Weil mit Wissen kann ich auch die Angst bekämpfen vor solchen Situationen. Also dass ich auch offener reingehe in solche Situationen. ähm auch der Erfahrungsaustausch, irre wichtig. „Wie bist Du in der Situation umgegangen mit“/ Auch eben diese Blackstories mit „Wenn ich das antworte, kommt dann die Antwort“. Das ich das auch mal durchspiele. Also ich glaube eine Mischung von beidem wäre richtig gut.

114 P1: Und was mir auch noch ein bisschen einfällt so als kleiner Punkt ähm, ein klareres Bild vermittelt von Einsatzorganisationen und Mitarbeitern dort. Also es ist nicht immer der Held dort. Also Helden haben auch Sorgen, Helden haben auch Gefühle, Helden dürfen auch weinen, wurscht ob das jetzt Männer oder Frauen sind, darüber sollten wir schon hinweg sein. Aber so grundsätzlich: Das ist eine Arbeit und eine Arbeit macht was mit einem und das ist eine Arbeit die auch psychisch viel mit einem macht. Also man gibt viel her und nimmt auch ganz viel auf. Und einfach dieses/ Es sind nicht die Helden in rot und blau. Und die Feuerwehr ist nicht wieder der Held in einer andere (Farbe). Sondern es ist eine berufliche Tätigkeit und die verlangt einem ganz schön viel ab. Und das kann man nicht einfach abstreifen. Und wie soll ich sagen, das Image dahingehend auch ein bisschen zu korrigieren und ein bisschen zu schärfen. Das Profil ein bisschen zu schärfen, dass das ein sozialer Beruf ist und dass man dazu wirklich/ Die Menschlichkeit ganz groß, dass die im Fokus steht und nicht, das Checkersein und mit Blaulicht cool sein. Gerade auch bei jungen Leuten, weil das ist in Wirklichkeit nur ganz wenig, wo man das ausleben und befriedigen kann. Es ist in Wirklichkeit ganz, ganz viel anderer ähm, ja.

115 I: Gut, dann mache ich an der Stelle mal einen Punkt und bedanke mich für ihre Beiträge und auch für Ihre Teilnahme.