aks gesundheit
im ländle vor ort

Suizidbericht 2016

Vorarlberg

Verfassende
Prim. Dr. Albert Lingg
Prim. Prof. Dr. Reinhard Haller
MMag. Dr. Isabel Bitriol-Dittrich

aks gesundheit GmbH | Rheinstraße 61 | 6900 Bregenz | T 055 74 / 202 - 0 | gesundheit@aks.or.at | www.aks.or.at
Ein Unternehmen der aks Gruppe

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung 1
2. Vorarlberger Suizidzahlen 2016 2
Suizidraten 2
Geschlechtsverteilung 3
Altersverteilung 5
3. Schwerpunktthema „Burnout und Suizidalität“ 8
Definition und Häufigkeit 8
Symptome, Formen und Verlauf 10
Ursachen der Burnout Störungen 12
Burnout und Suizidalität 13
Burnout und suizidvorbeugende Maßnahmen 14
Literatur 16
4. Hilfreiche Links zur Suizidprophylaxe im Allgemeinen 17

1. Einleitung

Seit 1987, nun also zum 30.mal, erstatten wir den jährlichen SUIZIDBERICHT VORARLBERG, der sich auf Daten der STATISTIK AUSTRIA und des SUIZIDREGISTERs der aks gesundheit GmbH stützt. Die Auswertung des letzteren (hinsichtlich regionaler Besonderheiten) kann aufgrund statistischer Vorgaben nur auf längere Zeiträume bezogen erfolgen und ist für das kommende Jahr geplant. Das Interesse am Thema Suizidverhütung sollte auch bei zuletzt positiver Entwicklung nicht nachlassen, hängt der Erfolg suizidverhütender Maßnahmen bekanntlich nicht nur vom bestmöglichen Funktionieren der Helfersysteme sondern auch der Bereitschaft der Mitmenschen ab, bei Hinweisen auf eine Gefährdung eines nahestehenden aber auch fremden Menschen nicht weg zu hören sondern dann Rat zu holen oder Hilfe zu vermitteln. Resignativen Meinungen Suizidwillige seien letztlich nicht von ihrem Vorhaben abzuhalten sind durch Studien widerlegt, der weit überwiegende Teil ist in der Regel froh darüber einen Suizidversuch überlebt zu haben! Dankbar sind wir auch über das anlässlich der jährlichen Präsentation dieses Berichts, anhaltende Interesse der Medien an der Thematik und ihren verantwortungsvollen Umgang mit den leider zu beklagenden Suizidfällen übers Jahr. Jeder Suizid löst im nahen Umfeld viel Leid aus, so sind eine einfühlsame Berichterstattung und das Angebot einer Betreuung für Angehörige geboten.

Die Zahl der Suizide in Österreich verringerten sich bekanntlich nach einem Höchststand Mitte der 80er Jahre in den letzten Jahren anhaltend: wurden 1986 national noch 2139 Suizide registriert, waren es im vorletzten Jahr 1251 und 2016 nun 1204. Dies bedeutet auf die stark gewachsene Bevölkerungszahl bezogen mehr als eine Halbierung der Zahl der Selbsttötungen! Dafür verantwortlich sind neben einem offeneren Umgang mit dem Suizidthema und etwas geschwundenen Schwellenangst vor dem Aufsuchen von Beratungs- und Behandlungsstellen, bessere Behandlungsmöglichkeiten psychischer Störungen, ein weiterhin verantwortungsvoller Umgang der Medien mit der Thematik und eine flächendeckende Notfallversorgung in Fällen von Verletzung oder Vergiftung in suizidaler Absicht.

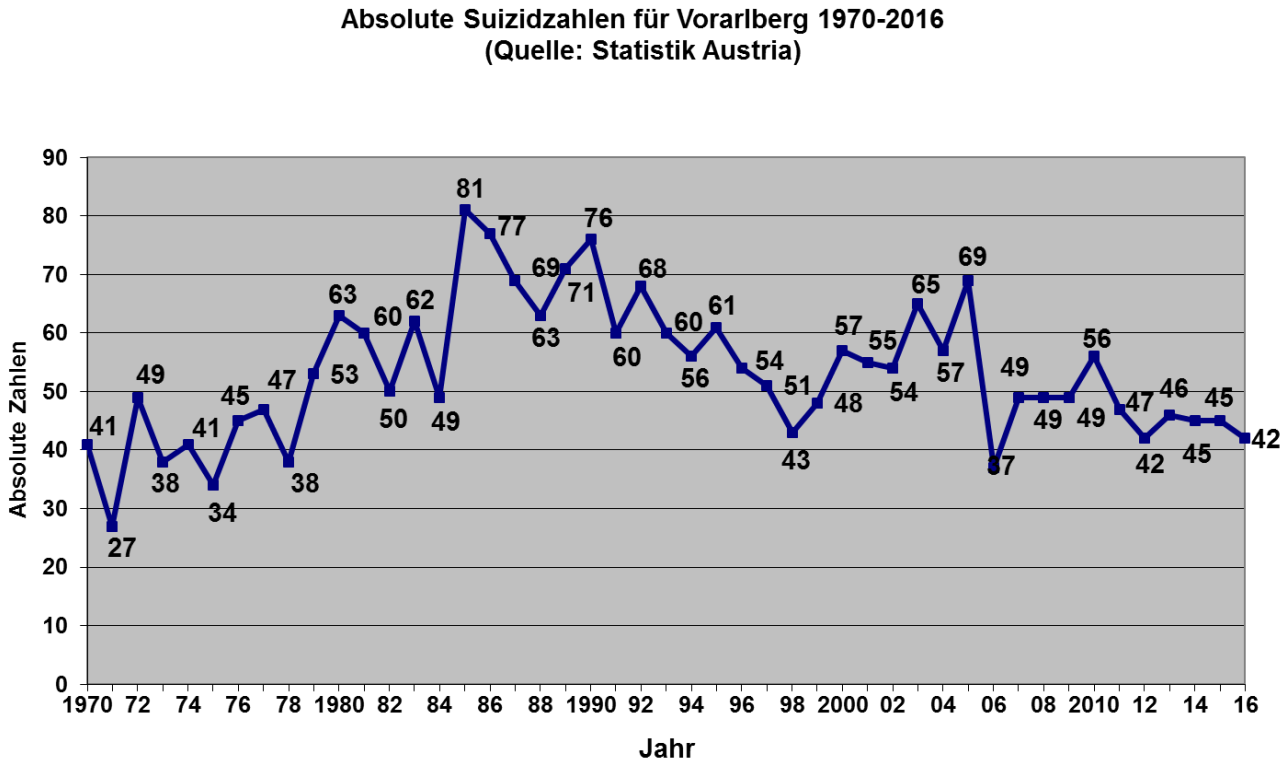
Es werden nun die verfügbaren Daten der Statistik Austria für das Jahr 2016 dargestellt und interpretiert – Letzteres soweit es die (für statistische Aussagen)

kleinen Zahlen erlauben. Eine umfangreichere Analyse der nun über 30 Jahre vorliegenden Daten aus dem aks-Register ist für den nächstjährigen Bericht geplant.

2. Vorarlberger Suizidzahlen 2016

Im Jahre 2016 wurden laut Statistik Austria in Vorarlberg 42 Suizide registriert. Damit weist unser Bundesland erneut eine erfreulich niedrige Zahl auf.

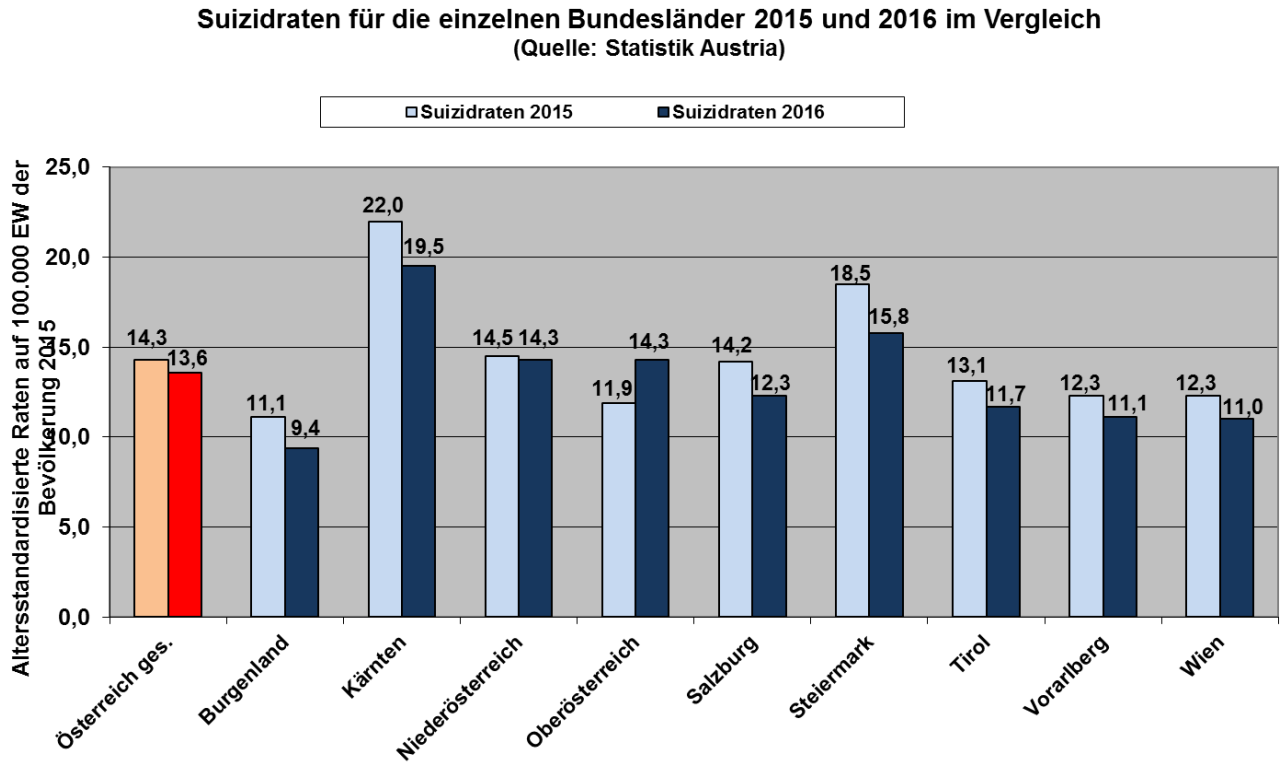
Abb. 1



Suizidraten

Aussagekräftiger wie absolute Zahlen ist die Suizidrate, d. h. die Zahl der Suizide / 100.000 Einwohner. Das von der WHO um die Jahrtausendwende ausgegebene Ziel einer Rate um 15 / 100.000 EW wurde damit in Österreich mit 13,6 und in Vorarlberg mit 11,1 deutlich unterschritten.

Abb.2



Die STATISTIK AUSTRIA berechnet auf die europäische Standartbevölkerung bezogen und kommt so zu etwas niedrigeren Raten wie jene der SUPRA (Suizidprävention Austria) bzw. des BM für Gesundheit.

Geschlechtsverteilung

In Vorarlberg kamen 2016 34 männliche auf 8 weibliches Suizidopfer. Dies entspricht dem auch international beobachteten Überwiegen der Männer um den Faktor 3-4. Dieses Gefälle in der Suizidrate erscheint paradox: Leiden doch Frauen etwa dreimal so häufig an Depressionen wie Männer, der Erkrankung mit dem höchsten Suizidrisiko! Die Forschung geht heute von einem komplexen Ursachenbündel aus, welches zu der hohen Betroffenheit der Männer führt. Ihre Suizide sind impulsiver als die der Frauen, Kurzschlusssuizide bei ihnen wesentlich häufiger, ihre Methoden gewalttätiger. Hierfür werden auch biologische Unterschiede verantwortlich gemacht.

Männer suchen – aus falschem Stolz oder Gekränktheit – seltener Hilfe und kommen mit Verlassen werden (Trennung, Scheidung, Verwitwet) schlechter zurecht. Nach wie vor leiden sie häufiger an Suchterkrankungen wie Frauen – und Suizid ist deren häufiger Schlusspunkt.

Abb. 3

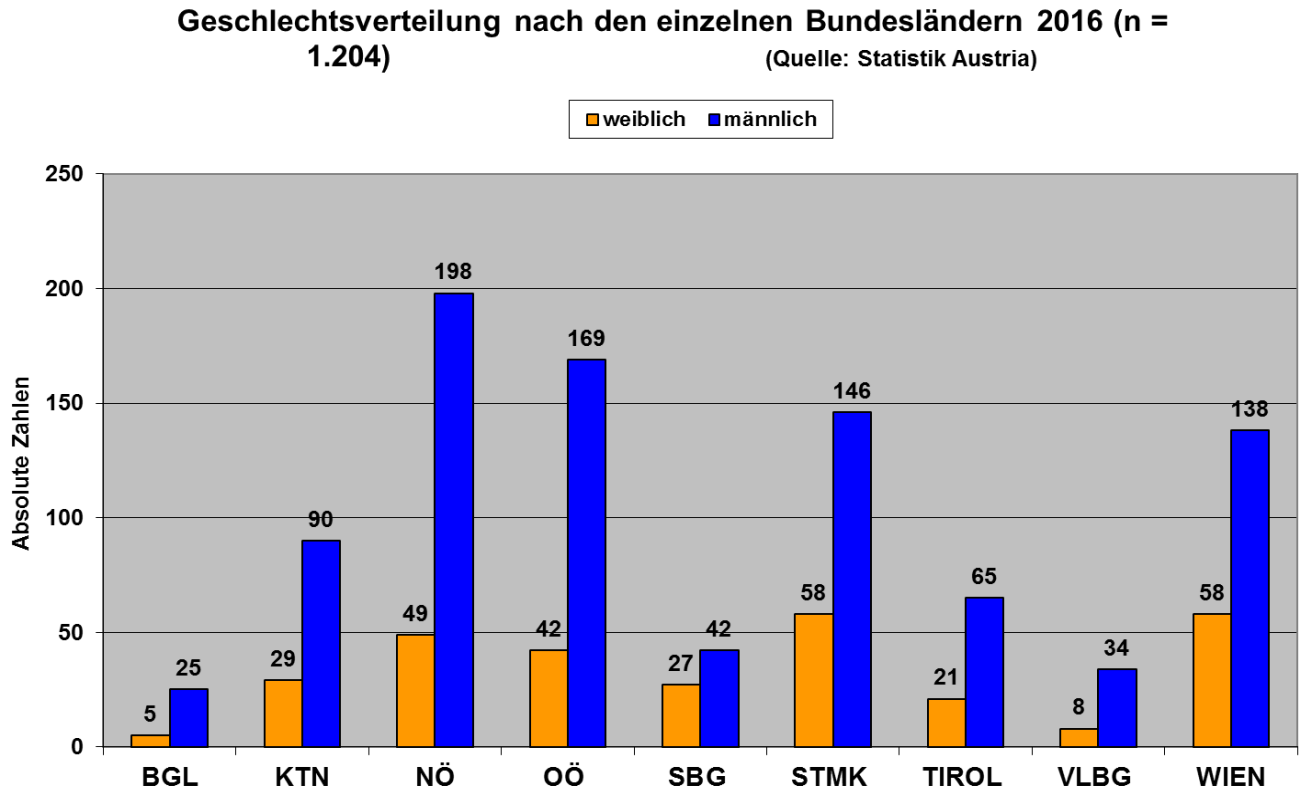
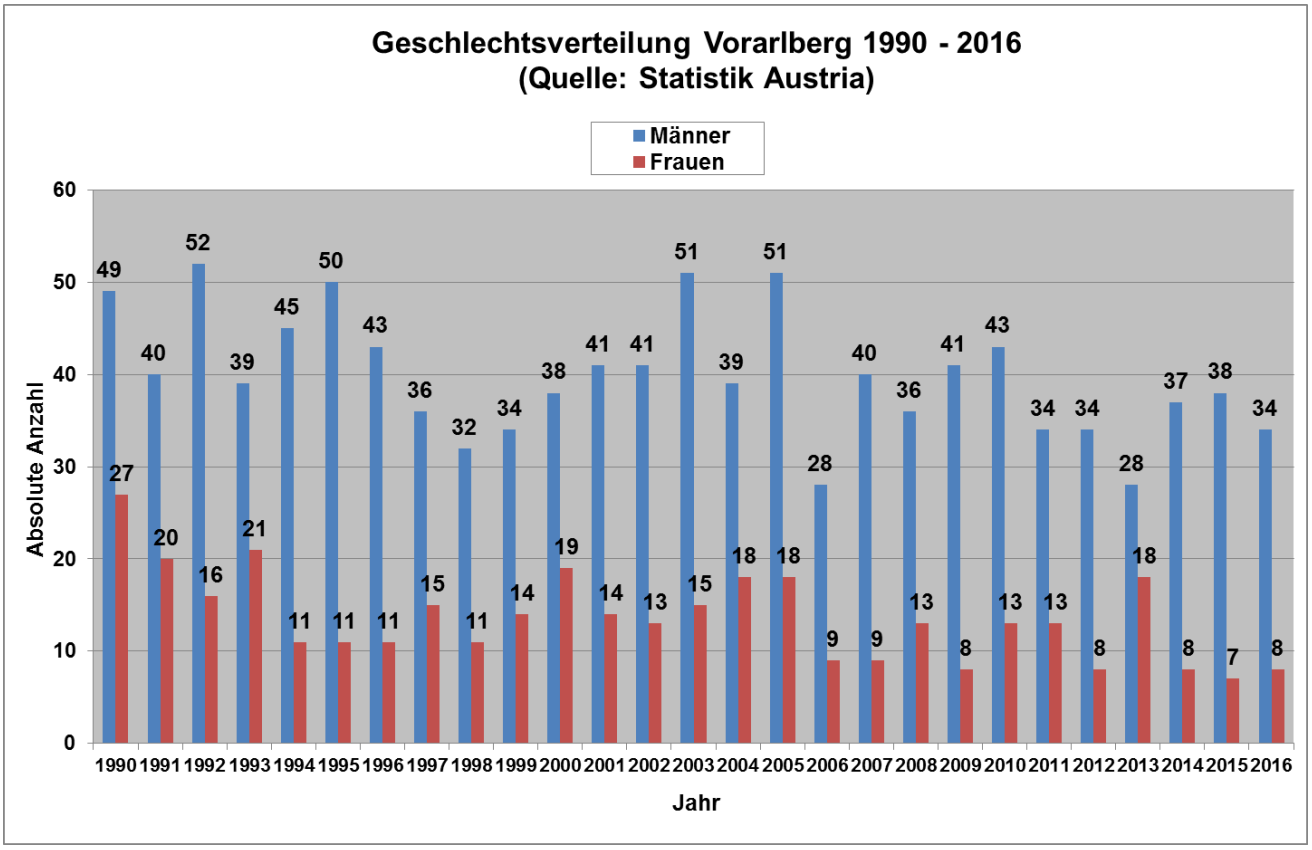


Abb.4



Altersverteilung

In den Industrieländern steigt die Suizidrate, anders wie häufig angenommen, mit dem Alter an. Suizide alter und hochbetagter Menschen geschehen meist „im Stillen“. Die Betroffenheit jeweiliger Altersgruppen muss auf die entsprechenden Jahrgänge bezogen werden, was aus der Betrachtung einzelner Jahre für unser kleines Bundesland nicht möglich ist und der Analyse größerer (5 bis 10 Jahre) Zeiträume vorbehalten bleibt.
2016 war kein Kindersuizid zu beklagen, dieses besonders bedrückende Ereignis ist, wie auch den österreichweiten Zahlen zu entnehmen ist, selten. Für die alten und hoch betagten Mitbürgern zeigt sich hierzulande weiterhin im Vergleich zu anderen Ländern eine günstige Situation; doch sehen auch – oft weniger bemerkt oder ernstgenommen – auch bei uns vor allem alte Männer mitunter keinen anderen Ausweg mehr aus Einsamkeit, Überforderung oder körperlichen Erkrankungen.

Abb. 5

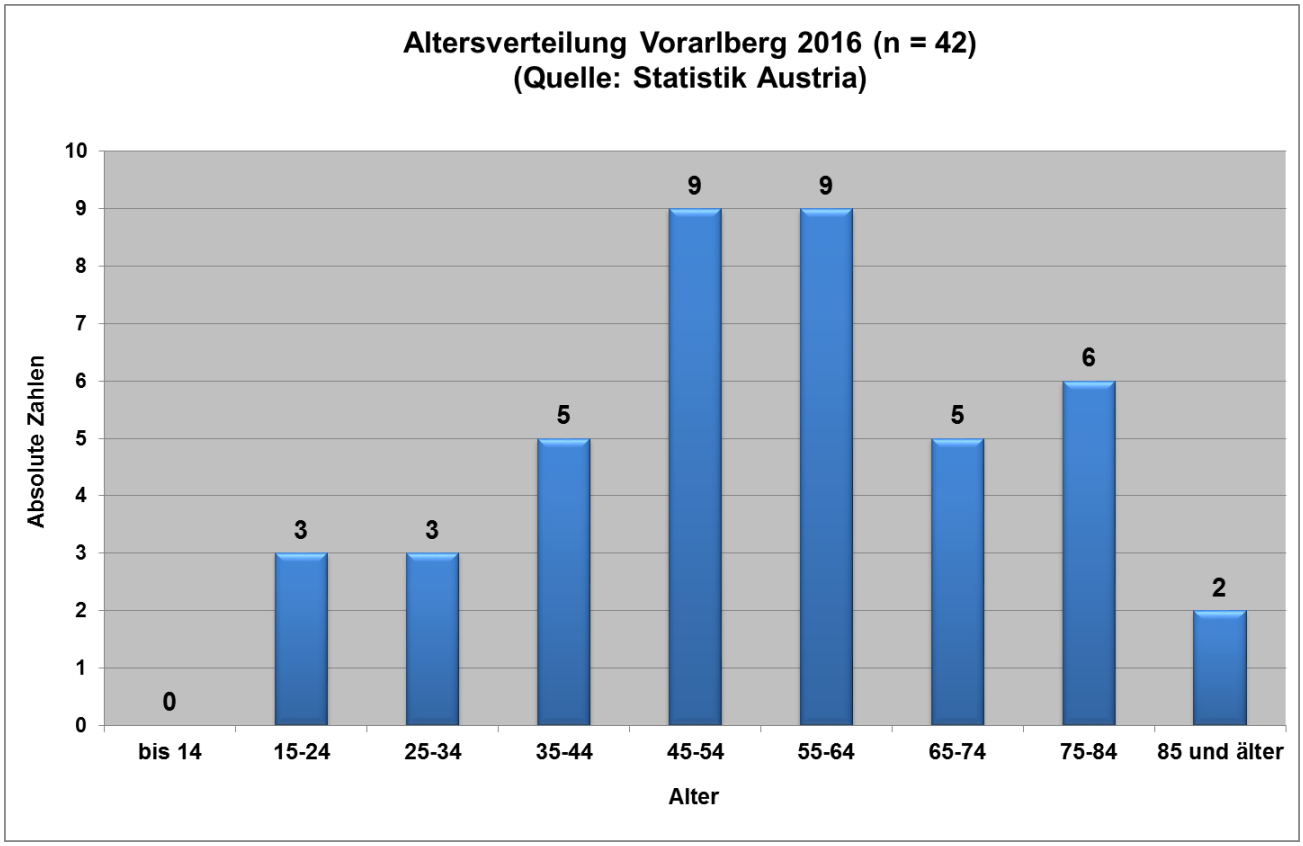
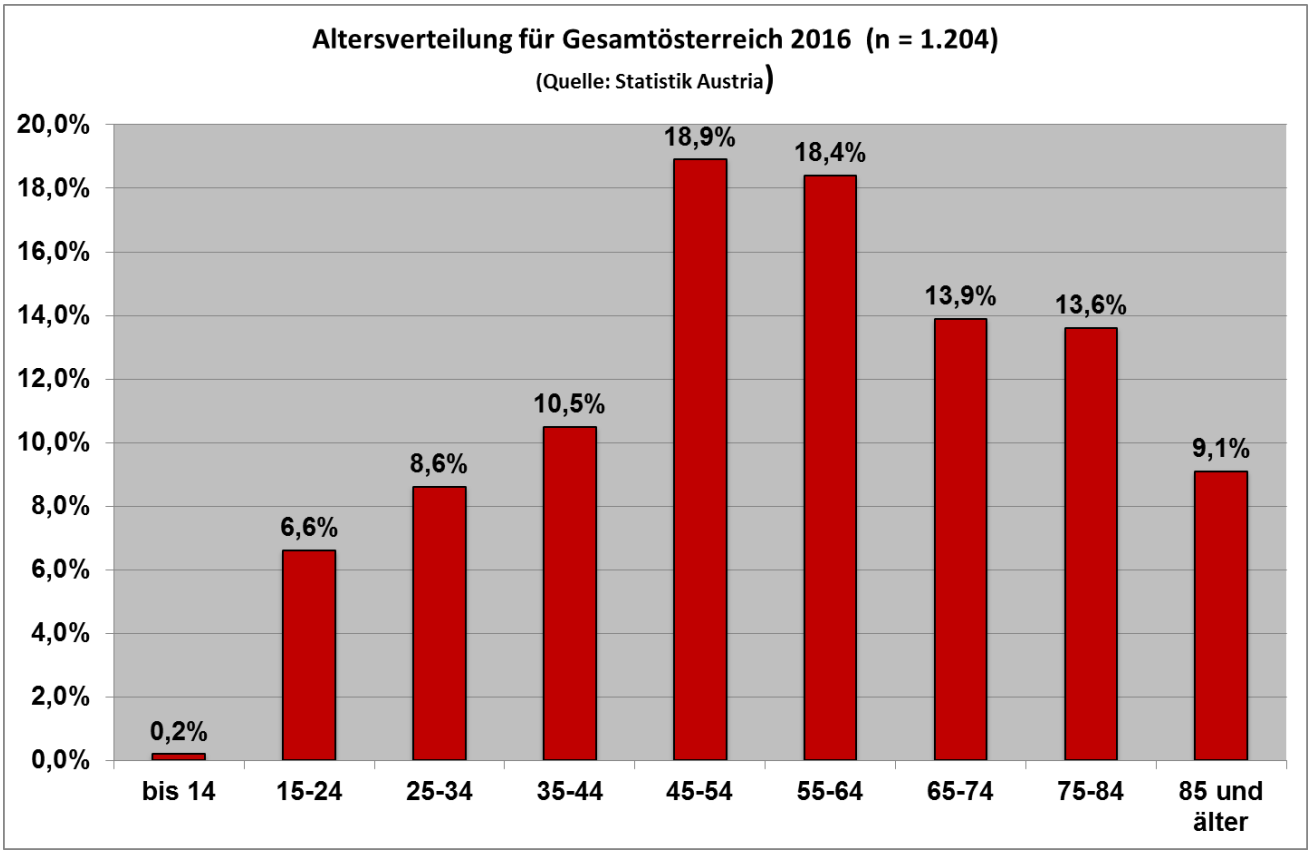
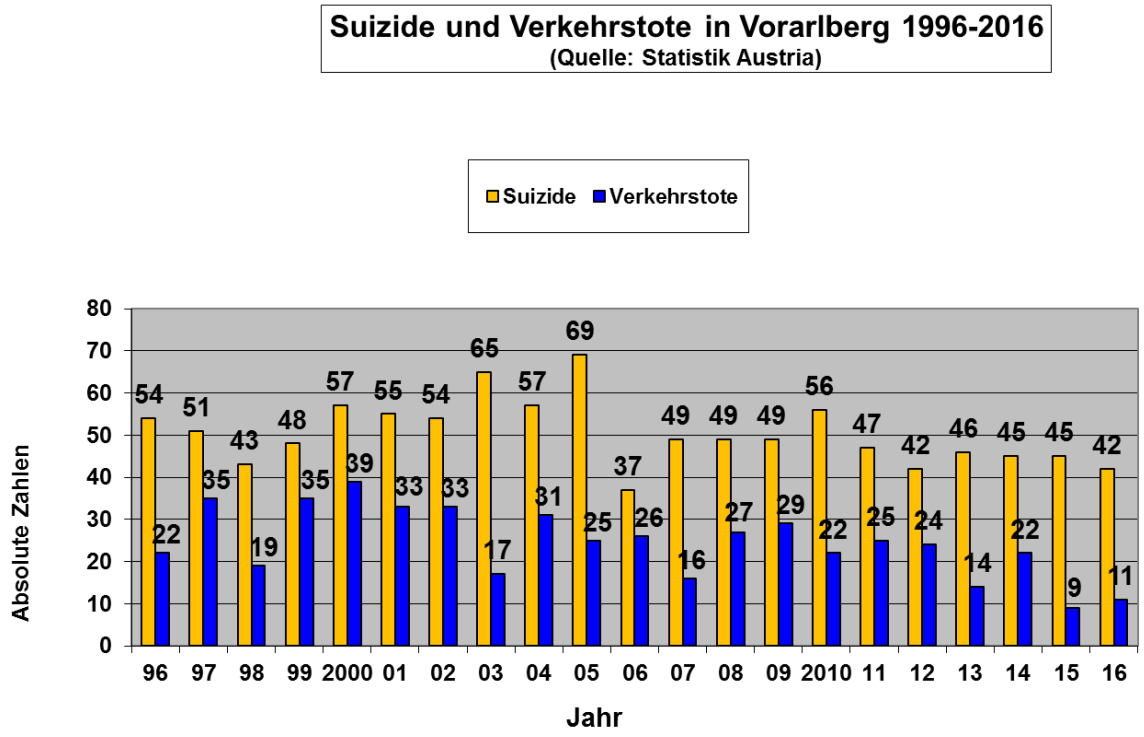

Altersverteilung Vorarlberg 2016 (n = 42)
(Quelle: Statistik Austria)
Absolute Zahlen
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0
0
3
3
5
9
9
5
6
2
bis 14
15-24
25-34
35-44
45-54
55-64
65-74
75-84
85 und älter
Alter

Abb. 6



Wurden früher in Österreich noch wesentlich mehr Verkehrstote als Suizide registriert, hat sich dies seit Jahrzehnten drastisch verändert. Leicht einsehbar ist bei der meist verstrickten Problemlage die Verhütung von Suizidversuchen und Suiziden schwieriger und doch möglich, wenn sie als gesamtgesellschaftliche Aufgabe ernst genommen wird.

Abb. 7



3. Schwerpunktthema „Burnout und Suizidalität“

Definition und Häufigkeit

Der Suizidbericht behandelt neben den statistischen Zahlen jedes Jahr ein Schwerpunktthema, welches einen unmittelbaren Bezug zur Suizidthematik hat. Dieses Jahr widmen wir uns dem, was unter dem Begriff „Burnout“ populär geworden ist, nämlich den depressiven Erschöpfungszuständen, die vor allem bei berufstätigen Personen im mittleren Lebensalter eine oft tabuisierte, aber nicht zu unterschätzende Suizidursache darstellen.

Eine allgemein gültige, international anerkannte Definition von Burnout gibt es nicht. Man versteht darunter einen früher als „Erschöpfungsdepression“, als Psychoasthenie und Neurasthenie oder in anderem Kontext als „Helfersyndrom“ und „Betriebsneurose“ bezeichneten Zustand der totalen Erschöpfung mit dem Gefühl von Überforderung, reduzierter Leistungsfähigkeit, Erleben von Misserfolg, Enttäuschung und

zunehmenden Selbstwertzweifeln. Das Burnout, oft als „die Krankheit der Leistungsgesellschaft“ bezeichnet, steht für eine Verfassung, in der die psycho-mentale Erschöpfung immer stärker wird und nicht mehr überwunden werden kann. Die Betroffenen erleben das Ausgebranntsein als völlige Kraftlosigkeit und „Belastung ohne Aussicht auf Entlastung“, was sie bis zu Selbstmordgedanken treiben kann.

Der Begriff des Burnouts ist aber nicht unumstritten, da er unspezifisch und wissenschaftlich nicht genau definiert ist, nach Meinung von Kritikern inflationär verwendet werde und eine typische Modediagnose darstelle. Deshalb hat das Burnout-Syndrom keinen Eingang in die großen Diagnoseschemata der Weltgesundheitsorganisation und der diversen psychiatrischen Vereinigungen gefunden. In der Internationalen Klassifikation Psychischer Störungen der WHO (ICD-10) wird das Burnout-Syndrom der Gruppe der „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ (Z 73) zugeordnet. In dem kürzlich in der 5. Auflage erschienen „Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen“ der American Psychiatric Association (DSM-5), der „Bibel der Psychiatrie“, wurde es wegen zu großer Überschneidungsbereiche mit etablierten psychiatrischen Diagnosen wie Depressionen oder Anpassungsstörungen gar nicht aufgenommen. In Hinkunft wird das Burnout-Syndrom wahrscheinlich unter dem Überbegriff der „depression spectrum disorders“ subsumiert werden. Die Popularität des Begriffes hat dazu geführt, dass in der Laiensprache viele leichtere (z.B. normale Krisen- oder Konfliktreaktionen), aber auch wesentlich schwerere Störungen (z. B. psychotische Depressionen) heute als „Burnout“ bezeichnet werden. Der Anschaulichkeit des Ausdrucks ist aber auch ein erfreulicher Enttabuisierungseffekt zu verdanken, sodass heute psychische Probleme wesentlich häufiger und deutlicher angesprochen werden: Burnout hat viele psychische Krankheiten gleichsam salonfähig gemacht. Ob dies auch für Todeswünsche und Suizidgedanken zutrifft?

Die Lebenszeitprävalenz für Burnout Syndrome beträgt in Europa laut verschiedenen Untersuchungen 4,2 %, die 12-Monats-Prävalenz mindestens 1,5 %. Bei manchen Berufsgruppen werden sehr hohe Belastungen angenommen, etwa 54 % bei Ärzten und 30 % bei Richtern. Laut einer aktuellen Online-Umfrage der Deutschen Ärztekammer, an der bundesweit 6.249 Mediziner teilnahmen, befinden sich 54 % der Befragten in den unterschiedlichen Phasen des Burnouts,

ein Drittel davon in der 3. Phase. Die europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz beziffert die volkswirtschaftlichen Folgekosten des Burnout-Syndroms in der europäischen Union auf etwa 20 Milliarden Euro jährlich (2010).

Symptome, Formen und Verlauf

Bei allen unter dem Überbegriff „Burnout“ zusammengefassten Störungen kommt es zu einem ähnlichen Beschwerdebild. Auf jeden Fall führt es in eine verhängnisvolle seelische, körperliche, psychosoziale und hier vor allem berufliche Sackgasse, welche ohne Hilfe gerade bei Männern im mittleren Lebensalter im Suizid enden kann.
Die Burnout Symptomatik ist in Anbetracht des verschwommenen Begriffes eher unspezifisch, stimmt aber weitgehend mit jener der depressiven Anpassungsstörungen überein. Sie ist stark abhängig vom jeweiligen Stadium des Burnout Prozesses. Orientierend an dem von Freudenberg und North entwickelten 12-Stufenmodell wurden wissenschaftlich eine Reihe von ähnlichen Konzepten entwickelt, welche mehr oder weniger große praktische Relevanz erlangt haben. Allen gemeinsam ist das am Anfang stehende hohe Engagement bzw. die positive Einstellung der Betroffenen, was im berühmt gewordenen Satz, dass „nur ausbrennen kann, was einmal gelodert hat“ anschaulich zum Ausdruck kommt. Stellvertretend genannt für die diversen Modelle sei jenes von Edelwich und Brodsky (1980):

"Five Stages of Disillusionment"

- idealistische Begeisterung
  Selbstüberschätzung, hochgesteckte Ziele, Omnipotenz-Phantasien, Optimismus, hoher Energieeinsatz sowie Überidentifizierung mit Klienten und der Arbeit
- Stillstand
  erste Enttäuschungen, Beschränkung der Kontakte auf Kollegen, Reduzierung des Lebens auf die Arbeit, Rückzug von Klienten und Vernachlässigung des Familienlebens
- Frustration
  Erfahrung der Erfolg- und Machtlosigkeit, Probleme mit Bürokratie, gefühlter Mangel an Anerkennung von Klienten und Vorgesetzten, Gefühle von Inkompetenz, psychosomatische Erkrankungen

- Apathie
  völlige Desillusionierung, Verzweiflung wegen schwindender beruflicher Alternativen, Resignation, Gleichgültigkeit
- Intervention
  (Selbstheilungsversuche)

Warnsymptome sind Nervosität und Reizbarkeit, depressive und aggressive Reaktionen, reduziertes Engagement und Abbau der Leistungsfähigkeit. Später treten Motivations- und Kreativitätsprobleme, Verflachungen im Gemütsbereich und sozialen Leben sowie psychosomatische Reaktionen hinzu. Diese Störungen münden in Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit und Suizidneigung. Der Weg in die Tiefe des Burnouts ist mit zunehmenden Selbstwertproblemen verbunden, wodurch das Vertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit und Erfahrung schwindet. Am Schluss kommt es zu einer Mischung aus Hilflosigkeit, Resignation, Verbitterung, Selbstmitleid, Reizbarkeit, Misstrauen, Negativismus, Deprimiertheit, Apathie und Angst, oft sogar zu Panikbereitschaft und suizidalen Impulsen: „Die Entwertung der anderen schlägt um in die Entwertung der eigenen Person“.

Im körperlichen Bereich kommt es zu Schlaf-, Appetit- und sexuellen Störungen, Kopf-, Rücken- und Gelenksschmerzen, Magen-Darm- und Herz-Kreislaufbeschwerden, Anfälligkeit für Infektionen (vor allem Erkältungen). Erhöhter Zigaretten- und Koffeinkonsum ist fast immer zu beobachten.

Mindestens 30% der Betroffenen setzen Alkohol, Beruhigungsmittel, Wachmacher oder andere suchtpotente Substanzen zur Leistungssteigerung, Entspannung und Schlafverbesserung ein. Es wird versucht, im Sinne der „Selbstmedikation“ bzw. „Selbstheilung“ die Burnout Beschwerden zu unterdrücken oder zu beseitigen, was zu Gewöhnung, schädlichem Gebrauch und in knapp 10% der Fälle zu Abhängigkeit führt. In der hinzu kommenden Suchtproblematik liegt ein weiterer suizidbegünstigender Umstand, da Sucht schon von sich aus das Selbsttötungsrisiko um den Faktor 20 bis 50 erhöht.

Im Versuch der genaueren Differenzierung des Burnout-Syndroms ist folgende Einteilung populär geworden (V. Faust, 2014):

- Echte Ausbrenner: Ursprünglich dynamische und zielstrebige Personen, die an schlechten Bedingungen zu Grunde gehen, sich aber letztlich ihren Stress weitgehend selber verschafft haben, vor allem deshalb, weil sie nicht „Nein zu sich selber“ sagen können und deshalb auch als „Selbstverbrenner“ bezeichnet werden.
- „Verschlissene“, die wenig durchsetzungsfähig und passiv sind, „nicht Nein zu anderen“ sagen können und damit tatsächlich Opfer äußerer Umstände werden.
- „Eingerostete“ oder „Durchgerostete“: Personen, die von der positiven Seite der Burnout-Ursachen Nutzen ziehen, in Wirklichkeit aber überhaupt nie „gebrannt“ haben. Man versteht darunter also die Trittbrettfahrer, die sich ein edles Selbstbild zimmern, Misserfolge aber auf andere oder ungünstige Bedingungen abladen.

Ursachen der Burnout Störungen

Seit Beginn der auf den deutsch-amerikanischen Psychiater Freudenberg (1962) zurückgehenden Burnout-Forschung wird die Störung als Reaktion auf chronische Stressoren im Beruf beschrieben. Anfangs galt Burnout ausschließlich als Erkrankung der helfenden Berufe, als „das Stress-Syndrom der Hilfeleistenden“. Auch in den aktuellen Publikationen werden immer noch helfende und soziale Berufe, besonders „Krankenpflegepersonal, die die höchsten Stresswerte“ haben, an erster Stelle genannt. Seit den 1990er Jahren wird Burnout aber vermehrt auch bei anderen Berufsgruppen diskutiert, sodass heute niemand mehr als „Burnout-verschont“ gelten kann. In den letzten 10 Jahren hat sich die Burnout-Forschung vor allem auf Leistungsträger und Management-Kräfte verlagert. Als einer der wichtigsten Gefährdungsfaktor wird die Beschäftigungsdauer gesehen: Je länger, desto eher. Vulnerabilisierend sind Situationen, in denen die anfänglich hoch gesteckten Ziele nicht erreicht werden oder sich am wenigsten realisieren lassen. Gefährlich wird es vor allem dann, wenn zu hohe Erwartungen an den Berufserfolg gestellt werden.

Nach der klassischen Definition von Jaggi (2008) handelt es sich beim Burnout um eine körperliche, emotionale und geistige Erschöpfung aufgrund beruflicher Überlastung. Der amerikanische Stress- und Emotionsforscher Lazerus sieht im Burnout einen durch Stress ausgelösten Zustand, welcher aus Sicht der betroffenen Person nicht bewältigt werden kann. Es handle sich um ein subjektiv wahrgenommenes Auseinanderklaffen von beruflichen Anforderungen und individuellen Fähigkeiten zu deren Bewältigung. Diese oft mit dem Gefühl der

Ohnmacht verbundene Diskrepanz führt zu Resignation, Depressivität und letztlich Suizidalität.

Als Burnout-Ursachen werden am häufigsten hohe Arbeitsbelastung, schlechte Arbeitsbedingungen und schlechtes Betriebsklima, Stress und Zeitdruck, wachsende Verantwortung, schlechte Kommunikation unter allen Beteiligten, geringe Unterstützung durch die Vorgesetzten, Hierarchieprobleme, Verwaltungszwänge, schlechte organisatorische Bedingungen und unzulängliche materielle Ausstattung des Arbeitsplatzes, wachsende Angst vor Arbeitsplatzverlust, Gratifikationskrise und Mobbing genannt.

Die emotionale Erschöpfung (auch Exhaustion oder Fatigue genannt) ist immer Folge übermäßiger psychischer oder physischer Anstrengung. Die Betroffenen leiden unter Antriebsschwäche, Kraftlosigkeit, ständiger Müdigkeit und Reizbarkeit. Der Eindruck, trotz Überlastung nicht viel bewirken zu können, verwandelt sich in jenen der persönlichen Ineffektivität, was zu Sinnkrisen und dem Gefühl der zunehmenden Entfremdung führen kann. Im Tiefpunkt dieser Entwicklung kann die Sehnsucht nach der „großen Ruhe“ derart überhand nehmen, dass im Tod die einzige Lösung gesehen wird.

Immer resultieren die Burnout Störungen aus einem komplexen Wechselspiel von Persönlichkeitseigenschaften und äußeren Belastungsfaktoren, wobei die Gewichtung individuell sehr unterschiedlich sein kann. Der Vergleichen mit einem „Schwelbrand, gefährlicher als ein offenes Feuer, das man wenigstens rasch erkennen und gezielt bekämpfen kann“, ist sehr treffend.

Burnout und Suizidalität

Das, was heute unter der Sammelbezeichnung Burnout zusammengefasst wird, ist besonders für Personen in mittlerem Lebensalter eine oft tabuisierte, aber nicht zu unterschätzende Suizidursache. Da der Begriff aber nicht einheitlich ist und eine Reihe verschiedener, sich zum Teil überschneidender Störungen umfasst, gibt es keine exakten Zahlen zur Suizidhäufigkeit. Erhöhte Suizidgefahr ist aber bei den diversen Störungen, die mit dem Sammelbegriff Burnout erfasst werden, jeweils klar nachgewiesen. Weiters ist aus kasuistischen Darstellungen der enge Zusammenhang

zwischen Ausgebranntsein und Selbsttötung bekannt. Im 12-Phasen-Modell von Herbert Freudenberger und seiner Kollegin Gail North heißt es unter Punkt 12: „Erste Gedanken an einen Suizid als Ausweg aus dieser Situation, akute Gefahr eines mentalen und physischen Zusammenbruchs“.

Die für depressive-Spektrumsstörung erhobene Suizidhäufigkeit von 7 bis 10 % dürfte auch bei Menschen mit ausgeprägter Burnout-Symptomatik zutreffen. Damit liegt sie zwar niedriger als jene von Menschen mit schweren, krankhaften Depressionen (15 bis 20 %), aber weit über jenem der Durchschnittsbevölkerung. Unverkennbar ist ferner die Tatsache, dass Leistungsberufe mit hohen Burnout-Raten auch ein erhöhtes Suizidrisiko aufweisen. Nach einer deutschen Untersuchung sind von den beiden Störungen - also Burnout und Suizidalität - besonders Mediziner (darunter vor allem Anästhesisten, Zahnärzte und Psychiater), Manager, Polizisten, Metzger, Lehrer und Studenten in comorbider Form betroffen. Als fatal erweisen sich gerade bei Spitzenberufen die Angst vor Versagen und dem Eingeständnis von „Schwäche“ sich selbst und anderen gegenüber. Wegen der Befürchtung, sich seinem Selbst- und Fremdbild zuliebe eine Therapie bzw. den Gang zum Psychiater „gar nicht leisten zu können“, wird Hilfe oft nicht oder zu spät in Anspruch genommen. Verschiedene Fallberichte, besonders auch die in jüngster Zeit zu beobachtenden Suizidwellen unter erfolgreichen Managern, belegen die Suizidgefahr, welche bei tabuisiertem Burnout auch in besten sozialen Verhältnissen besteht.

Burnout und suizidvorbeugende Maßnahmen

Für die Suizidprävention stellt sich die entscheidende Frage, wie hinter dem inflationär diagnostizierten „Burnout“ jene Störungen erkannt werden können, welche mit hoher Suizidgefahr verbunden sind. Dazu ist es erforderlich, die oft verdrängten oder tabuisierten Probleme zu erkennen und anzusprechen und dann zunächst kriseninterventionelle Maßnahmen einzuleiten. Im Übrigen unterscheiden sich Burnout und Suizidprävention nicht wesentlich. Aus dem reichen Erfahrungsschatz, den es zwischenzeitlich in der Burnout Prävention und -therapie gibt, sowie aus der beinahe unübersichtlich gewordenen Literatur zu diesem Thema, kristallisieren sich folgende maßgebende Punkte heraus:
Empfohlen werden immer eine Änderung der Lebensführung und eine Überprüfung der Einstellung zu Beruf, Beziehungen und Zielen. Wie bei jedem

Erschöpfungszustand stehen auch bei jenem der Seele Distanzierung, Milieuwechsel und Erholung und nötigenfalls therapeutische Hilfe im Vordergrund. Angeraten werden Stressreduktion und Vermeidung von Überengagement, ausreichende Phasen der Erholung, gesunde Ernährung, regelmäßiger Sport, ausreichend Schlaf, Wiederaufnahme von Hobbys und sozialen Kontakten, Modifizierung des Selbstbildes und der Einschätzung eigener Kräfte sowie verschiedene Selbsthilfemaßnahmen und Nutzen von therapeutischen Möglichkeiten. Einfache und wenig beeindruckende, aber realitätsgerechte und regelmäßig angewendete Maßnahmen haben sich am wirksamsten erwiesen. Letztlich geht es immer um die Herstellung einer besseren Balance zwischen Arbeit, Beruf, Familie und Freizeit. Die erforderliche Harmonisierung und Rhythmisierung des Lebensstils wird treffend in der Organisation des Lebens nach dem „Bild des Schweizer Käses“ ausgedrückt.
Im Arbeitsbereich müssen präventive Maßnahmen vor allem dort ansetzen, wo die beruflichen Ursachen des Burnouts gesehen werden, besonders in Mehrfachbelastung und Überengagement, in der Mobbingproblematik und in der Gratifikationskrise. Am Arbeitsplatz sollen, auch im Interesse der Dienstgeber, solche Bedingungen geschaffen sein, dass „burnoutbedrohte Mitarbeiter“ nicht zu „burnoutzerstörten Menschen“ werden.

Für die Suizidprävention bietet der so schillernde, schwer abgrenzbare, verschwommene, aber auch verlockende Begriff des Burnouts eine Brücke zu noch stärker verdrängten Todeswünschen oder gar Selbsttötungsabsichten. Bei genauer Analyse dessen, was von den Betroffenen als Burnout beschrieben wird, können nicht selten Risikostörungen mit hohem Suizidrisiko identifiziert und zur Sprache gebracht werden. Letztlich wird Burnout Prävention immer auch Suizidprävention sein.

Literatur

American Psychiatric Association: Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5. Hogrefe, Göttingen (2015)

Brand S.: Holsboer-Trachsler E.: Das Burnout-Syndrom – Eine Übersicht. In: Therapeutische Umschau 67/11 (2010)

Burisch N.: Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung. Springer, Berlin (2006)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie DGPPN: Positionspapier Burnout, Psychotherapie und Nervenheilkunde (7.3.2012)

Edelvich J.,Brodsky A.: Burn-Out: Stages of Disillusioment in the Helping Professions. Human Science press (1980)

Faust V.: Burnout. www.psychosoziale-gesundheit.net.

Freudenberger H., North G.: Die zwölf Stufen des Burnout-Syndroms“. Fischer-Taschenbuch-Verlag, Frankfurt (2008)

Jaggi F.: Burnout-Praxisnah. Thieme Verlag, Stuttgart/New York (2008)

Kaschka WP., Korczak D., Broich K.: Modediagnose Burn-out. In: Deutsches Ärzteblatt (46/2011)

Neckel S., Wagner G. (Hrsg.): Leistung und Erschöpfung. Burnout in der Wettbewerbsgesellschaft. Suhrkamp, (Berlin 2013)

Schaufeli W., Bram P.: Burnout: An Overview of 25 Years of Resarch an Theorizing. The Handbook of Work and Health Psychology. Wiley Verlag, Chichester (2003)

Weimer St., Pöll M: Burnout – Ein Behandlungsmanual. Klett Cotta, Stuttgart (2012)

4. Hilfreiche Links zur Suizidprophylaxe im Allgemeinen

http://www.suizidpraevention.at/pdf/suizidpraeventionsplan.pdf
Univ.-Prof. Dr. Gernot Sonneck, Dr. Thomas Niederkrotenthaler
Institut für Medizinische Psychologie,
Zentrum für Public Health, Medizinische Universität Wien;
Ludwig Boltzmann Institut für Sozialpsychiatrie

http://www.suizidpraevention.at
Österreichische Gesellschaft für Suizidprävention

http://www.jugend.ktn.gv.at/de-1062-fileDownload.pdfa
Bundesministerium für Gesundheit Familie und Jugend
Broschüre zum Jugend – Suizid

http://www.kriseninterventionszentrum.at/dokumente/pdf3_Leitfaden_Medien.pdf
Leitfaden zur Berichterstattung über Suizid
Herausgegeben vom Kriseninterventionszentrum Wien

http://www.suizidprophylaxe.de/
Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention

http://www.agus-selbsthilfe.de/info-zu-suizid/tod-durch-suizid/zahlen-und-statistiken/#pdf-129
AGUS e.v. – Für Suizidtrauernde bundesweit

http://www.seelischegesundheit.net
Aktionsbündnis Seelische Gesundheit

http://suizidpraevention.wordpress.com Vom Kriseninterventionszentrum Wien wurde

- die Broschüre "Ich will SO nicht mehr weiterleben!' Die Herausforderungen des Älter-Werdens meistern. Suizidprävention im Alter" erstellt und über die connexia bereits an Sozialzentren und Heime verteilt.

http://www.kriseninterventionszentrum.at/dokumente/Suizidpraevention_im_Alter.pdf

Ferner verfügbar ist

- der Folder "Ich will SO nicht mehr weiterleben!' Hilfe bei Suizidgefährdung im Alter"

http://www.kriseninterventionszentrum.at/dokumente/suizidpraevention im_alter_folder.pdf