

ÖFEB

Schriftenreihe der ÖFEB-Sektion Sozialpädagogik

Carmen Schlojer



Vulnerabilität von Männern in Krisen

Anregungen für eine
gendersensible Suizidprävention
und Hilfe in Krisen für Männer

Carmen Schlojer
Vulnerabilität von Männern in Krisen

Schriftenreihe der ÖFEB-Sektion
Sozialpädagogik

herausgegeben von

Sara Blumenthal, Alpen-Adria-Universität
Klagenfurt

Stephan Sting, Alpen-Adria-Universität
Klagenfurt

Karin Lauermann, Bundesinstitut für
Sozialpädagogik Baden

Eberhard Raithelhuber, Bertha von Suttner
Privatuniversität St. Pölten

Band 19

Carmen Schlojer

Vulnerabilität von Männern in Krisen

Anregungen für eine gendersensible
Suizidprävention und
Hilfe in Krisen für Männer

Verlag Barbara Budrich
Opladen • Berlin • Toronto 2025

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen
Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<https://portal.dnb.de> abrufbar.



UNIVERSITÄT
KLAGENFURT

Publiziert mit Unterstützung
des Open Access
Publikationsfonds der
Universität Klagenfurt

© 2025 Dieses Werk ist beim Verlag Barbara Budrich GmbH erschienen und steht
unter der Creative Commons Lizenz Attribution 4.0 International
(CC BY 4.0): <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>
Diese Lizenz erlaubt die Verbreitung, Speicherung, Vervielfältigung und Bearbeitung
unter Angabe der Urheber*innen, Rechte, Änderungen und verwendeten Lizenz.
Stauffenbergstr. 7 | D-51379 Leverkusen | info@budrich.de | www.budrich.de



Die Verwendung von Materialien Dritter in diesem Buch bedeutet nicht, dass diese
ebenfalls der genannten Creative-Commons-Lizenz unterliegen. Steht das verwendete
Material nicht unter der genannten Creative-Commons-Lizenz und ist die betreffende
Handlung gesetzlich nicht gestattet, ist die Einwilligung des jeweiligen
Rechteinhabers für die Weiterverwendung einzuholen. In dem vorliegenden Werk
verwendete Marken, Unternehmensnamen, allgemein beschreibende Bezeichnungen
etc. dürfen nicht frei genutzt werden. Die Rechte des jeweiligen Rechteinhabers
müssen beachtet werden, und die Nutzung unterliegt den Regeln des Markenrechts,
auch ohne gesonderten Hinweis.

Dieses Buch steht im Open-Access-Bereich der Verlagsseite zum kostenlosen
Download bereit (<https://doi.org/10.3224/84743124>).
Eine kostenpflichtige Druckversion (Print on Demand) kann über den Verlag bezogen
werden. Die Seitenzahlen in der Druck- und Onlineversion sind identisch.

ISBN 978-3-8474-3124-4 (Paperback)
eISBN 978-3-8474-3259-3 (PDF)
DOI 10.3224/84743124

Umschlaggestaltung: Bettina Lehfeldt, Kleinmachnow – www.lehfeldtgraphic.de
Titelbildnachweis: Bettina Lauchard, www.bphotography.at

*Für das Kind,
das ein Leben ohne seinen Vater leben muss.
Für die Eltern, die ihren Sohn vermissen.
Für die, deren Partner in ihrem Leben nun fehlt.
Für die, die ihren Freund verloren haben.
Für die, denen ihr Kollege fehlt.*

*Für die Hinterbliebenen nach einem Suizid.
Und die Menschen, die hoffen.*

Danksagung

An erster Stelle möchte ich jedem einzelnen Mann danken, der bereit war, mit mir ein Interview zu führen! Vielen Dank für die Bereitschaft, einen Beitrag zu diesen doch sehr sensiblen und tabuisierten Themenbereichen zu leisten.

Ein herzliches Dankeschön für den regelmäßigen Austausch und die Anregungen zu meinem Forschungsvorhaben im Rahmen meines Doktoratsstudiums an der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt sowie der vorliegenden, überarbeiteten Publikation meiner Dissertation, geht an Herrn Univ.-Prof. Dipl.-Päd. Dr. Stephan Sting. Bedanken möchte ich mich auch bei Frau Ass.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Sara Blumenthal für die Begleitung und bei Frau Univ.-Doz.ⁱⁿ Mag.^a Dr.ⁱⁿ Renate Buchmayr für die Unterstützung bei der Fokussierung der Themenwahl. Vielen Dank auch an Frau Ao.Univ.-Prof.ⁱⁿ Mag.^a Dr.ⁱⁿ Marion Sigot und Herrn Univ.-Prof. Dr. phil. Arno Heimgartner für die Begutachtung der Dissertation.

Einen großen Dank möchte ich an Frau Mag.^a Dr.ⁱⁿ Verena Leutgeb, Herrn Mag. Rene Stefitz, Frau Mag.^a Sigrid Krisper und Frau Mag.^a Brigitte Felfer aussprechen. Ich danke euch für die Diskussionen, den Austausch und die Bereitstellung von Wissen, Unterlagen und Statistiken im Rahmen der Tätigkeit bei *GO-ON Suizidprävention Steiermark*! Bedanken möchte ich mich zusätzlich bei den vielen Fachpersonen, die sich für ein Expert*inneninterview oder ein Gespräch bereit erklärt haben, in denen mir wertvolle Einblicke und Informationen in verschiedenste Projekte, Organisationen sowie Arbeitsweisen gegeben wurden. Namentlich darf ich folgende Personen in alphabetischer Reihenfolge nennen: Prim. Dr. Martin Baumgartner, Eduard Hamedl, Dr. Thomas Kapitany, Golli Marboe Konrad Michel, M.D., Prof. emeritus, Prim. Dr. Herwig Oberlerchner, Mag. Christian Ortner, Mag. Andreas Prenn, Priv.-Doz. Dr. phil. Tobias Teismann.

Ein besonderer Dank an meine Familie für die Unterstützung und Geduld! Besonders hervorheben möchte ich meine Eltern Marlies und Bernhard Mürzl – vielen Dank für die Unterstützung auf meinem Lebensweg! Ein Dankeschön auch an alle Freund*innen sowie Kolleg*innen für den Austausch und das Interesse an meinem Forschungsvorhaben.

INHALTSVERZEICHNIS

1	Einleitung	13
	THEORETISCHER BEZUGSRAHMEN	17
2	Suizidalität	17
2.1	Erklärungsansätze für Suizidalität.....	18
2.1.1	Präsuizidale Syndrom nach Ringel (1953)	18
2.1.2	Suizidale Entwicklung nach Pöldinger (1968).....	19
2.1.3	Krisen-Modell von Suizidalität.....	20
2.1.4	Interpersonal Theory of Suicide nach Joiner (2005).....	21
2.1.5	Kognitive Modell nach Wenzel/Beck (2008)	22
2.1.6	6-Phasen Modell nach Reisch (2012)	23
2.2	Epidemiologie	25
2.2.1	Statistische Daten: internationaler und nationaler Vergleich....	25
2.2.2	Statistische Daten nach Geschlecht	29
2.3	Krisen und Suizidalität bei Männern.....	32
2.3.1	Suizide nach Altersgruppen	34
2.3.2	Suizidmethoden	35
2.3.3	Depressive Erkrankungen und Suchterkrankungen	36
2.3.4	Männliche Sozialisation in der Gesellschaft.....	37
3	Suizidprävention und psychosoziale Versorgung	43
3.1	Suizidprävention in Österreich.....	44
3.2	Psychosoziale Versorgungslandschaft in Österreich.....	48

4	Zwischenresümee	51
QUALITATIVER FORSCHUNGSPROZESS UND METHODEN		53
5	Forschungsfragen	53
6	Methodik und Durchführung der Datenerhebung.....	55
6.1	Offene Leitfadeninterviews mit Männern	55
6.1.1	Durchführung der offenen Leitfadeninterviews.....	56
6.1.2	Theoretical Sampling und Auswahl der interviewten Männer.....	58
6.2	Leitfadengestützte Expert*inneninterviews	61
6.2.1	Durchführung der leitfadengestützten Expert*inneninterviews	62
6.2.2	Theoretical Sampling und Auswahl der Fachpersonen.....	63
7	Datenauswertung: Reflexive Grounded Theory Methodologie.....	65
8	Zwischenresümee	67
ERGEBNISDARSTELLUNG.....		69
9	Erklärungsmodell der erschwerten Hilfesuche und Hilfeannahme von Männern in Krisen.....	73
9.1	Ein Leben in Utopia: Erster Umgang mit Krisen und Suizidalität	74
9.1.1	Nicht-Wahrhaben-Wollen von Krisen	76
9.1.2	Variabler Nährboden für (suizidale) Krisen	84
9.2	Die Welt der Dilemmata: Suche bzw. Annahme von Prävention und/oder Hilfe	91
9.2.1	Vom erlernten Sein zur erfüllten Erwartung.....	94
9.2.2	Die Ratlosigkeit	108
9.3	Die Wege zur Erkenntnis des eigenen Hilfebedarfs.....	109
9.3.1	Gratwanderung: Warnsignale erkennen und anerkennen	110
9.3.2	Fähigkeit zur Suche/Annahme von Unterstützung	115

9.4	Unterschiede und Auffälligkeiten in den Befragungsgruppen	119
9.5	Diskussion der Ergebnisse: Erklärungsmodell	128
	Festhalten an einem Leben in Utopia und erste entscheidende Bereiche für die Krisenbewältigung.....	129
	Akzeptierte Dilemmata im Kontext von prägenden Erwartungen hin zur Wahrnehmung als Sieger oder Versager	133
	Erkennen von Anzeichen für die Verschlimmerung einer Krise und Fähigkeiten für die Hilfeannahme.....	140
10	Stufenmodell der (nicht) erfolgreichen Krisenbewältigung mit/ohne Hilfeannahme	143
10.1	Hilfesuche/Hilfeannahme und das vertrauenswürdige Gegenüber.....	145
10.1.1	Auswahl vertrauenswürdiger Menschen	146
10.1.2	Erste Ansprechpartner*innen in Krisen	147
10.1.3	Professionelle Hilfe	149
10.1.4	Türöffner: Abnahme des ersten Schritts	150
10.2	Unterschiede und Auffälligkeiten in den Befragungsgruppen	155
10.3	Diskussion der Ergebnisse: Stufenmodell	157
	Geeignete helfende Personen	159
	Gestaltung von Hilfe für Männer	161
	Der individuelle Prozess einer erfolgreichen Krisenbewältigung	163
11	Präventionsmodell mit einer gendersensiblen Ausrichtung auf Männer	167
11.1	Überlegungen auf der Mikroebene.....	169
11.1.1	Umgang mit Suizidgedanken, Suizidäußerungen, Suizidversuchen und Hinterbliebenen nach einem Suizid	170
11.1.2	Umgang mit dem „Dorfgeleber“ und der Sehnsucht nach einer Erklärung von Suizidalität	171
11.1.3	Umgang mit Krisen im Alltag: Lernen durch Vorbilder.....	173
11.1.4	Umgang mit Krisen und Suizidalität von helfenden Personen	175
11.2	Überlegungen auf der Mesoebene.....	176
11.2.1	Organisation von präventiven Angeboten	177
11.2.2	Inhalte von präventiven Angeboten	181

11.3 Überlegungen auf der Makroebene	183
11.3.1 Gesellschaftlich akzeptierte Hilfesuche und Hilfeannahme ...	186
11.3.2 Erweiterung des Geschlechterverständnisses.....	186
11.3.3 Öffentlichkeitsarbeit und Medien.....	187
11.4 Unterschiede und Auffälligkeiten in den Befragungsgruppen	190
11.5 Diskussion der Ergebnisse: Präventionsmodell	194
Das Potential der Papageno-Effekte im Alltag.....	195
Präventive Angebote in den Lebenswelten	199
Suizidprävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe in einem gesellschaftskritischen sowie gendersensiblen Veränderungsprozess	201
12 Zusammenfassung und Ausblick	207
12.1 Empfehlungen für Suizidpräventionsprojekte.....	211
12.2 Empfehlungen für die Gestaltung von Hilfen in Krisen für Männer	213
12.3 Empfehlungen für weiterführende Forschungen	215
Literaturverzeichnis	217
Weiterführende Literatur.....	238
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	241
Anhang: Telefonische Hilfsmöglichkeiten in Österreich	244

1 Einleitung

Bei Suizidalität handelt es sich um eines der größten Tabuthemen unserer Gesellschaft. Die vorliegende Publikation bemüht sich um ein Sichtbarmachen einer Thematik, die eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung sowie eine individuelle Tragödie darstellen kann. Die meisten Menschen mit suizidalem Verhalten wollen nicht sterben – sie stehen unter einem massiven Leidensdruck, der für sie nicht mehr aushaltbar ist. Dadurch offenbart sich ein großes suizidpräventives Potential! Im Vordergrund stehen: die Veränderung von Lebensumständen, das Erkennen von Warnsignalen, Ansprechen von Menschen in Krisen und Bereitstellen passender Prävention und Hilfe. Idealerweise werden im Sinne der Prävention Möglichkeiten dafür geschaffen und so erfolgreiche Krisenbewältigungen gefördert. Am Beginn dieses Forschungsvorhabens stand demnach das Erkenntnisinteresse nach einer Weiterentwicklung der Angebote von Suizidpräventionsprojekten.

Der breit angedachte Themenbereich wurde auf die Untersuchungsgruppe der Männer und spezifische Forschungsbereiche fokussiert. Im Kontext der Vielfalt von Männlichkeit wird im Rahmen des Forschungsvorhabens der Fokus auf das gesellschaftlich etablierte Männerbild in den beforschten Regionen und dessen sozialer Konstruktion im Sinne von *Doing Gender* gelegt. In der Literatur finden sich verschiedenste Bezeichnungen zur Beschreibung einer Männlichkeit, die verbunden ist mit Stärke, Unverletzlichkeit, Leistung, fehlender Hilfeannahme, Abgrenzung und Überhöhung gegenüber Frauen. Im Sinne der Auswertung der Forschung wird dies als *Männerbild der Stärke und Unverletzlichkeit* betitelt.¹ Bezüge finden sich in der Publikation zu cis-Männern und allgemein Menschen, die vermehrt nach entsprechenden Werten,

1 Nicht jede *traditionelle Männlichkeit* entspricht diesen Beschreibungen, auch wenn sie in der Literatur, nach den Ausführungen von Böhnisch (2018), dafür meist synonym verwendet wird. Aufgrund des bewertenden und unübersichtlichen Charakters von als Tradition benannten Eigenschaften, wird diese Bezeichnung in der Publikation kaum verwendet. Die Bezeichnungen *patriarchale, gesellschaftlich etablierte* oder *hegemoniale Männlichkeit* erscheinen für die Darstellung der Forschungsergebnisse zu einschränkend zu sein. Dies betrifft auch die Begrifflichkeit *toxische Männlichkeit* mit einem medikalisierenden Charakter und starken negativen bewerteten Aspekten z.B. dem Fokus auf Gewalt aufgrund entsprechend gelebter Männlichkeit. Diese Überlegungen und die vorliegenden empirischen Daten führten zur Verwendung der Bezeichnung *Männerbild der Stärke und Unverletzlichkeit* in dieser Publikation.

Einstellungen und Verhaltensweisen leben. Diese Sichtweisen sollen in der vorliegenden Publikation abgebildet werden.²

Männer verüben in etwa drei Viertel der Suizide in Österreich und weisen in allen Altersgruppen erhöhte Suizidraten im Vergleich zu Frauen auf. Hinzukommt, dass sich das Geschlechterverhältnis der Suizidraten in Österreich immer weiter vergrößert (vgl. Statistik Austria 2023). Die Auffälligkeit dieser Geschlechterdifferenz ist weitgehend unerforscht. Es gibt nur wenig Forschung zu vermuteten Hintergründen für die hohe Suizidrate von Männern. Eine Forschungslücke besteht auch in der Weiterarbeit mit diesen Ergebnissen. Im Rahmen von internationalen Studien werden die Notwendigkeit einer gendersensiblen bzw. genderspezifischen³ Suizidprävention und weiterer Forschung dazu betont. Kritisiert wird, dass es nur wenige Ansätze einer Suizidprävention für Männer gibt. Gründe dafür werden im geringen Wissen über eine erfolgreiche Suizidprävention für diese Zielgruppe vermutet (vgl. Freeman et al. 2017: 9; Hoffmann et al. 2023: 271; King et al. 2020: 11f.; Lee et al. 2012: 230; Maramis et al. 2021: 421; Narishige et al. 2014: 6; Struszczyk/Galdas/Tiffin 2019: 87). Dementsprechend fordert die *International Association for Suicide Prevention* (2023a): „A gendered approach to suicide prevention is needed that considers the sociocultural context of suicide by men and boys.“ Gleichzeitig wird auf das verspätete oder nicht vorhandene Hilfe-suchverhalten von Männern in Krisen (vgl. Calear et al. 2017: 5ff.; Herreen et al. 2021: 7f.; McKenzie et al. 2022: 3-13; Rice et al. 2020: 4f.; Roskar et al. 2017: 616-619; Scotti Requena et al. 2022: 11; Staiger et al. 2017: 3-7) sowie auf das Fehlen von Hilfesystemen für Männer hingewiesen (vgl. Schulte-Wefers/Wolfersdorf 2006: 17).

Meine grundlegende These ist, dass es eine gendersensible Suizidprävention und Hilfe mit dem Fokus auf Männer braucht. In der vorliegenden Publikation werden die Hintergründe der hohen Suizidrate von Männern betrachtet und es wird ein Blick in die Zukunft gewagt: Wie müsste Suizidprävention und Hilfe gestaltet sein, damit Männer davon profitieren? Diese Forschung hat den Anspruch darauf Antworten zu geben. Die danach ausgerichteten Forschungsfragen beschäftigen sich mit einer für Männer ansprechenden Gestaltung von Suizidprävention und Hilfe. Zusätzlich werden Erklärungsansätze für die hohe Suizidrate und Protektivfaktoren von Männern in langanhaltenden Krisen

2 Es wird die Bezeichnung Männer verwendet, eingeschlossen werden dabei alle Personen, die sich dem männlichen Geschlecht zugehörig fühlen.

3 Im Fachdiskurs werden die Begriffe gendersensibel und genderspezifisch (im Englischen *gendered approach*, *gender-related*, *gender-specific*) meist synonym verwendet und unterscheiden sich nach ihrer jeweiligen inhaltlichen Ausgestaltung. Bezugnehmend auf die Forschungsergebnisse wird in der Publikation die Bezeichnung gendersensible Suizidprävention bevorzugt.

erhoben. Im Fokus des Forschungsinteresses steht ebenfalls ein vergleichender Charakter unterschiedlicher Befragungsgruppen.

Um die Forschungsfragen zu beantworten, wurde eine qualitative Forschung mit offenen Leitfadenterviews mit Männern aus steirischen Bezirken mit hohen Suizidraten durchgeführt. Ausgewählt wurden dafür Männer in den Altersgruppen 24 bis 30, 40 bis 60 und 70 bis 90 Jahren. Ergänzend fanden leitfadengestützte Expert*inneninterviews mit Fachpersonen aus der Suizidprävention und von professionellen Hilfsangeboten für Männer in Krisen statt. Die Auswertung erfolgte mit der *Reflexiven Grounded Theory Methodologie*. Es entstanden drei aufeinander aufbauende und ergänzende Modelle:

*DAS ERKLÄRUNGSMODELL
DER ERSCHWERTEN HILFESUCHE/HILFEANNAHME
VON MÄNNERN IN KRISEN*

*DAS STUFENMODELL
DER (NICHT) ERFOLGREICHEN KRISENBEWÄLTIGUNG
MIT/OHNE HILFEBEDARF*

*DAS PRÄVENTIONSMODELL
MIT EINER GENDERSENSIBLEN AUSRICHTUNG
AUF MÄNNER*

Die vorliegende Publikation besteht aus vier Teilen. Nach der Einleitung folgt der theoretische Bezugsrahmen. Dieser enthält grundlegende Informationen zur Darstellung des Forschungsvorhabens. Dazu werden Erklärungsansätze sowie statistische Daten zum Thema Suizidalität präsentiert. Diese ersten Darstellungen dienen dem Verständnis von Suizidalität als globale, regionale und genderspezifische Herausforderung und geben einen Überblick für die Brisanz der Themenwahl. Anschließend werden bestehende Erklärungen für die höhere Suizidrate von Männern aus dem Fachdiskurs präsentiert und Suizidpräventionsprojekte sowie die psychosoziale Versorgung in Österreich überblicksmäßig dargestellt.

Der zweite Teil der Publikation bildet den qualitativen Forschungsprozess mit dem Forschungsdesign ab. Demnach werden die Erhebungsmethoden der offenen Leitfadenterviews und leitfadengestützten Expert*inneninterviews theoretisch dargestellt und ihre Durchführung abgebildet. Die Auswertungsmethode der Reflexiven Grounded Theory Methodologie wird ebenfalls

beschrieben. Diese detaillierte Darstellung des qualitativen Forschungsprozesses dient der Transparenz.

Anschließend werden im dritten Teil die Ergebnisse der vorliegenden Forschung präsentiert. Die entstandenen Modelle werden vorerst anhand von Schlüsselkategorien, Kategorien, Kodes und direkten Zitaten aus den Interviews dargestellt. Zusätzlich werden die Ergebnisse in einem Unterkapitel nach Unterschieden und Auffälligkeiten in den Befragungsgruppen differenziert betrachtet. Abschließend zu jedem Modell befindet sich eine Diskussion zu den dargestellten Ergebnissen. Anhand von Abbildungen wird die Übersichtlichkeit und Lesbarkeit erhöht und zentrale Ergebnisse werden hervorgehoben. Ziel dieses Abschnitts ist vor allem die nachvollziehbare Darstellung der Ergebnisse.

Nach diesen Abschnitten befindet sich jeweils ein Zwischenresümee, welches die wichtigsten Erkenntnisse aus dem entsprechenden Abschnitt zusammenfasst. Der abschließende Teil am Ende dieser Publikation enthält eine Zusammenfassung und einen Ausblick. Inkludiert sind dabei die zentralen Ergebnisse der vorliegenden Forschung, Empfehlungen für Suizidpräventionsprojekte sowie die Gestaltung von Hilfen in Krisen für Männer und Empfehlungen für weiterführende Forschungen.

THEORETISCHER BEZUGSRAHMEN

Ziel dieses Abschnitts ist es, einen Überblick zu dem Thema Suizidalität, mit dem Schwerpunkt auf das männliche Geschlecht, zu geben. Dazu werden theoretische Hintergründe zu Suizidalität mit ausgewählten Erklärungsansätzen für suizidales Verhalten sowie statistische Daten präsentiert. Nach dieser ersten Hinführung wird im nächsten Kapitel vermehrt auf die primäre Zielgruppe dieser Forschung, die Männer, eingegangen. Der aktuelle Forschungsstand, insbesondere in Bezug auf Erklärungsansätze zu suizidalem Verhalten von Männern, wird dargelegt. Das letzte Kapitel umfasst eine Übersicht zur Suizidprävention und psychosozialen Versorgung in Österreich. Abschließend wird durch ein Zwischenresümee zum vorliegenden Forschungsvorhaben übergeleitet.

2 Suizidalität

In dieser Publikation wird das komplexe Phänomen Suizidalität anhand der Definition nach Wolfersdorf (2008a) betrachtet:

„Suizidalität ist die Summe aller Denk- und Verhaltensweisen von Menschen oder Gruppen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln, Handelnlassen oder passives Unterlassen den eigenen Tod anstreben bzw. als möglichen Ausgang einer Handlung in Kauf nehmen“ (Wolfersdorf 2008a: 444)

Suizidales Verhalten entsteht meist in psychosozialen Krisen oder im Rahmen von psychischen Erkrankungen. Eine möglicherweise entstandene Einengung von Erleben und Wahrnehmung begünstigt Suizidalität und erzeugt einen Handlungsdruck in Richtung eines Suizids oder Suizidversuchs (vgl. ebd.: 444ff.). Ein Suizidversuch kann als zufällig überlebter Versuch sich das Leben zu nehmen, mit einem hohen Todeswunsch, beschrieben werden. Eine Differenzierung wäre, dass der Suizidversuch mit einem ambivalenten Todeswunsch und vermehrt mit einem Veränderungswunsch und kommunikativer Aussage gesehen werden kann (vgl. Wolfersdorf 2008b: 1321).

Suizidalität wird in der Gesellschaft noch mehr tabuisiert als das Sterben generell (vgl. Reichel 2018: 165). Nach Wedler (2017) entsteht dieses Tabu durch die bedrohliche Möglichkeit eines Suizids, die prinzipiell für alle Personen gilt. Das Sprechen darüber wird vermieden, um nicht abwertend von anderen beurteilt zu werden (vgl. Wedler 2017: 253). Dementsprechend wird die beschriebene Diskriminierung und Stigmatisierung im Zusammenhang mit dem Thema Suizidalität erklärt (vgl. World Health Organization 2014: 14).

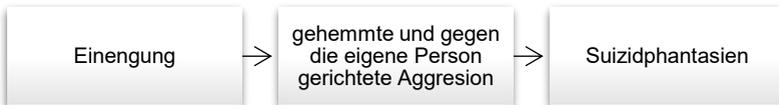
2.1 Erklärungsansätze für Suizidalität

Wolfersdorf (2008b) fasst folgende Risikogruppen für Suizidalität zusammen: Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Depressionen, und mit vorangegangenen Suizidversuchen sowie Menschen in belastenden Lebenssituationen, wie Einsamkeit im Alter, körperlichen Erkrankungen, Alkohol-, Drogenproblemen oder allgemeine Veränderungskrisen (vgl. Wolfersdorf 2008b: 1325f.). Eine Verallgemeinerung von Risikofaktoren sollte vermieden werden, da suizidales Verhalten ein hochkomplexes Phänomen darstellt und meist in einen spezifischen Kontext eingebunden ist (vgl. World Health Organization 2014: 14). Anhand verschiedenster psychologischer, psychoanalytischer, soziologischer und biologischer Theorien, Konzepte und Modelle wird versucht, suizidales Verhalten zu erfassen und verstehbar zu machen. In den folgenden Unterkapiteln werden auszugsweise sechs Erklärungsansätze kurz präsentiert, welche in Bezug auf den konkreten Forschungsbereich relevant erscheinen. Dies dient einem Verständnis für die Entstehung von suizidalem Verhalten und bietet Ansätze hinsichtlich Risikofaktoren, Warnsignalen und Protektivfaktoren für Suizidalität.

2.1.1 Präsuizidales Syndrom nach Ringel (1953)

Die beiden klassischen Entwicklungsmodelle von Ringel (1953) und Pöldinger (1968) beschreiben den möglichen Verlauf von Suizidalität und sollen anfangs auszugsweise dargestellt werden: Ringel (1986) beschreibt den Zustand vor einem Suizid als das *Präsuizidales Syndrom* (vgl. Ringel 1986: 45). Wie in Abb. 1 ersichtlich wird, besteht dies aus drei Elementen: die Einengung, die gehemmte und gegen die eigene Person gerichtete Aggression und Suizidphantasien.

Abb. 1: Präsuizidales Syndrom (Ringel 1986: 45, eig. Darst.)



Die *Einengung* kann unterteilt werden in die situative und dynamische Einengung, die Einengung zwischenmenschlicher Beziehungen und Werte (vgl. ebd.: 46):

„Die Situation wird als bedrohlich, unheimlich, grenzenlos, unüberschaubar, unbeeinflussbar, unüberwindbar erlebt, während hingegen die eigene Person als klein, hilflos, ausgeliefert und ohnmächtig empfunden wird.“ (ebd.: 46)

Dadurch entsteht eine Hilflosigkeit und Ausweglosigkeit, die in der dynamischen Einengung mit zunehmend weniger Kontrollmöglichkeit kombiniert wird und sich so von reinen Suizidgedanken unterscheidet. Beschrieben wird die Ansicht, dass sich nichts mehr verändern wird und keine neuen Erfahrungen mehr gemacht werden. Zusätzlich erfolgt die Einengung von zwischenmenschlichen Beziehungen durch soziale Isolation oder die Entwertung von Beziehungen. Als weitere Form der Einengung passiert die Einengung der Werte. Wenig Selbstwertgefühl führt dazu, dass ein Rückzug aus dem eigenen Leben immer weiter vollzogen wird (vgl. ebd.: 48-58). Suizide sind verbunden mit *Aggression*, die vorrangig anderen Personen gilt und schließlich gegen sich selbst gerichtet wird. Suizidpräventiv wäre demnach das Erlernen von Möglichkeiten eines anderen Umgangs mit Aggression. In Bezug auf *Suizidphantasien*, als drittes Element, unterscheidet Ringel (1986) natürlich vorkommende Suizidgedanken von Menschen im Laufe ihres Lebens von konkreten Suizidphantasien. Durch sie erscheint die Wirklichkeit zunehmend unerträglich, die Suizidphantasien verselbstständigen sich, drängen sich auf und werden konkreter (vgl. ebd.: 67-76).

2.1.2 Suizidale Entwicklung nach Pöldinger (1968)

Pöldinger (1968) formuliert drei Stadien der suizidalen Entwicklung, die in der folgenden Abb. 2 dargestellt und anschließend beschrieben werden:

Abb. 2: Stadien der suizidalen Entwicklung (Pöldinger 1968: 20f, eig. Darst.)



Die *Erwägung* bildet ein Stadium ab, in der von der betroffenen Person ein Suizid in Betracht gezogen wird. Beschrieben wird dessen Abhängigkeit von verschiedenen Faktoren, z.B. Suizide in der eigenen Familie, Aggressionshemmung oder soziale Isolierung. Das zweite Stadium ist die *Ambivalenz*, die sich durch Unsicherheit bezüglich Leben und Tod kennzeichnet. Suizidankündigungen sind häufig Warnhinweise, die unbedingt ernst genommen werden sollten. Als letztes Stadium wird der *Entschluss* mit konkreten Suizidplänen, Vorbereitungshandeln und einer plötzlichen Ruhe beschrieben (vgl. Pöldinger 1968: 20f.).

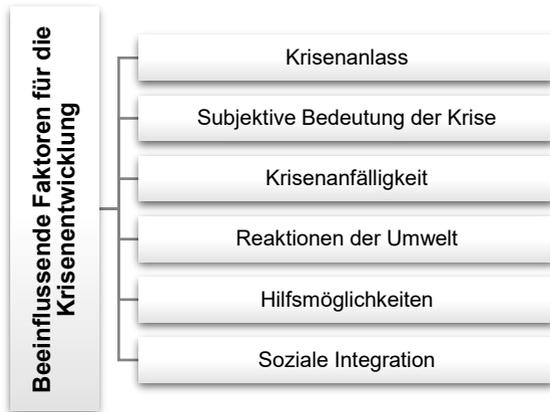
2.1.3 *Krisen-Modell von Suizidalität*

In etwa ab den 1960er Jahren entwickelte sich das Krisen-Modell als zusätzliche Variante zu Modellen, die Suizidalität im Rahmen von psychischen Erkrankungen verordnen und damit eher sogenannten Krankheitsmodellen zugeordnet werden (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorfer 2022: 82f.). Krisen⁴ zeichnen sich dadurch aus, dass Sicherheit, Kontrolle, Orientierung sowie Handlungsmöglichkeit beeinträchtigt oder verloren gegangen sind. Bisherige Lösungsstrategien reichen nicht zur Bewältigung der aktuellen Krise, obwohl ein Handlungsdruck erlebt wird. Die betroffene Person erlebt sich als schwach und hilflos (vgl. Schmidt 2019: 28f.). Eine bekannte Unterscheidung von Krisenarten ist die nach traumatischen Krisen (vgl. Cullberg 1978, zit. n. Sonneck et al. 2016: 16) und Veränderungskrisen (vgl. Caplan 1964, zit. n. Sonneck et al. 2016: 17). Unterschieden werden kann ebenfalls zwischen Entwicklungskrisen (z.B. Geburt eines Kindes), Anforderungskrisen (z.B. neue Arbeitsstelle), Verlustkrisen (z.B. durch Tod), Sinnkrisen (z.B. Arbeitslosigkeit), interaktionelle Krisen (z.B. Mobbing), Organisationskrisen (z.B. Veränderungen bei der Arbeitsstelle) und gesellschaftliche Krisen (z.B. Finanzkrise) (vgl. Schmidt 2019: 28).

Das Spannungsfeld von Krisen als Chance bis hin zur Gefahr zeigt, dass diese von einem Entwicklungsschritt bis hin zum Suizid führen können (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorfer 2022: 84). In welche Richtung sich eine Krise entwickelt, hängt von folgenden Faktoren ab: dem Anlass der Krise und dessen persönliche Bedeutung für die jeweilige Person und die eigene Krisenanfälligkeit. Entscheidend sind auch die Reaktionen der Umwelt auf die eigene Krise, Hilfsmöglichkeiten sowie die soziale Eingebundenheit der betreffenden Person (vgl. Sonneck et al. 2016: 160):

4 In der Literatur wird kaum zwischen psychischen, psychosozialen, suizidalen oder emotionalen Krisen unterschieden. In der vorliegenden Publikation wird der allumfassende Begriff Krise verwendet.

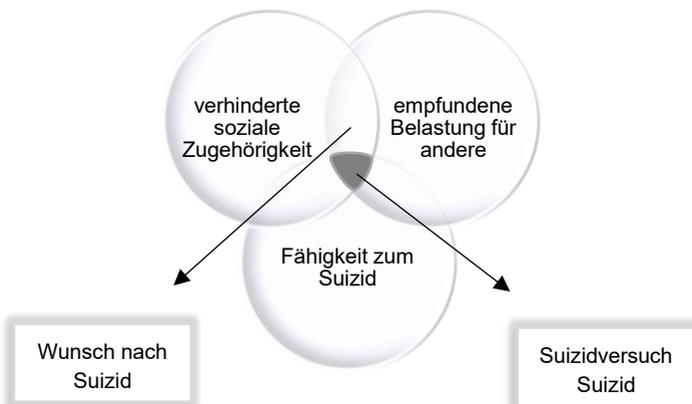
Abb. 3: Beeinflussende Faktoren der Krisenentwicklung (Sonneck et al. 2016: 160, eig. Darst.)



2.1.4 Interpersonal Theory of Suicide nach Joiner (2005)

Wie durch die Abb. 4 ersichtlich wird, beschreiben Orden et al. (2010) mit Bezug auf Joiner (2005) drei Risikobereiche, die zusammen suizidales Verhalten bedingen: eine *verhinderte soziale Zugehörigkeit*, die *Einschätzung, für andere eine Belastung darzustellen*, kombiniert mit der *Fähigkeit zum Suizid*:

Abb. 4: The Interpersonal Theory of Suicide (eig. Darst., in Anlehnung an Orden et al. 2010: 576)



Eine *verhinderte Zugehörigkeit* beschreibt Joiner (2005) dahingehend, dass der Wunsch bzw. das Bedürfnis zu anderen zu gehören, miteinander zu interagieren und verbunden zu sein, nicht erfüllt wird (vgl. Joiner 2005: 97). Die zweite Voraussetzung für Suizidalität ist sich selbst zusätzlich als *Belastung für andere* zu bewerten. Dies hängt mit vorhandenen Risikofaktoren, wie Konflikte in der Familie, Arbeitslosigkeit und körperlichen Problemen, zusammen. Verbunden sind damit ein verringertes Selbstwertgefühl, Selbsthass, Selbstvorwürfe und Scham (vgl. Orden et al. 2010: 583ff.):

„In contrast, according to the interpersonal theory, desire to die by suicide is not sufficient for lethal suicidal behavior to result because, simply put, dying by suicide is not an easy thing to do.“ (ebd.: 585)

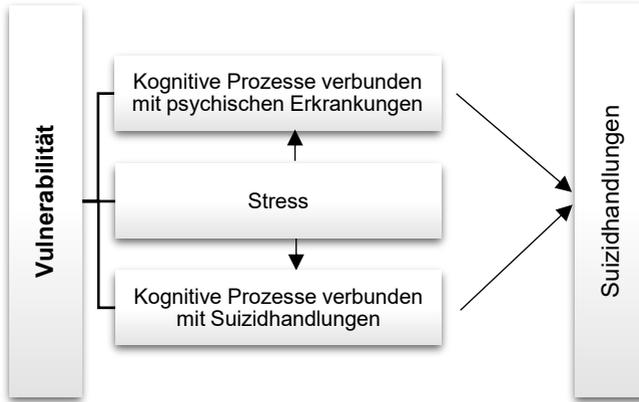
Damit wird der zentrale Aspekt der *Interpersonal Theory of Suicide* benannt: Eine *verhinderte Zugehörigkeit* zu anderen und die Ansicht, *für andere eine Belastung darzustellen*, sind die Grundlagen, damit suizidale Handlungen in Betracht gezogen werden (vgl. Joiner 2005: 47). Zusätzlich braucht es jedoch eine *Fähigkeit zum Suizid*, um diesen tatsächlich durchzuführen. Es muss die Angst vor suizidalen Verhaltensweisen und dem Tod verloren werden sowie eine gewisse Schmerztoleranz bestehen (vgl. Orden 2010: 585f.). Beschrieben wird dazu eine gewisse Gewöhnung an gefährliche Verhaltensweisen mit Überwindung des Selbsterhaltungstriebes (vgl. Joiner 2005: 48-53).

2.1.5 Kognitive Modell nach Wenzel/Beck (2008)

Das *Kognitive Modell von suizidalem Verhalten* wird in der Abb. 5 grafisch abgebildet und geht von einer spezifischen Vulnerabilität aus. Diese begünstigt bei Stress suizidales Verhalten, z.B. durch Impulsivität, fehlende Problemlösestrategien, ein zu allgemeiner Erinnerungsstil, Tendenz zu unspezifischen kognitiven Verzerrungen und bestimmte Persönlichkeitseigenschaften wie Perfektionismus. Möglicherweise wird dies kombiniert mit *kognitiven Prozessen* im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen und führt in weiterer Folge zu suizidalen Handlungen (vgl. Wenzel/Beck 2008: 191-196). Verbunden ist dies mit erlebter Hoffnungslosigkeit:

„[...] there is a bidirectional association between state hopelessness and attentional fixation-state hopelessness increases attentional fixation, and the narrow focus on suicide as the only option increases state hopelessness.“ (ebd.: 195)

Abb. 5: Kognitives Modell von suizidalem Verhalten (eig. Darst., in Anlehnung an Wenzel/Beck 2008: 190)



2.1.6 6-Phasen Modell nach Reisch (2012)

Die Abb. 6 zeigt die sechs Phasen des Modells nach Reisch (2012), welches ein anschauliches Modell mit Bezügen zu anderen bestehenden Modellen darstellt. Es beinhaltet deutliche Anknüpfungspunkte für die Suizidprävention:

Abb. 6: Das 6-Phasen Modell (Reisch 2012: 257f., eig. Darst.)



Die *Präsuizidale Phase* bildet die oft vorhandene erhöhte Vulnerabilität, beispielsweise aufgrund einer depressiven Erkrankung, ab. Im Sinne der Suizidprävention bedarf es einer entsprechenden Behandlung dieser psychischen Erkrankungen. Darauf kann die *Mental-Pain-Phase* folgen, die eine unerträgliche Situation für die betroffene Person darstellt. Der Fokus darauf, dieses

Leiden zu beenden, ist kombiniert mit einem verminderten rationalen Denken. Suizidpräventive Maßnahmen wären die Reduzierung von verfügbaren Suizidmethoden sowie eine suizidpräventive Medienberichterstattung. Die dritte darauffolgende *Suizidhandlungsphase* verdeutlicht sich dadurch, dass die betroffene Person ruhiger wird und die suizidale Handlung vorbereitet wird. Hier braucht es ein aufmerksames Umfeld, um diese Phase nicht mit einer tatsächlich verbesserten psychischen Verfassung zu verwechseln. In der anschließenden *finalen Ambivalenzphase* zeigt sich ein letztes Zögern vor der Umsetzung der suizidalen Handlung. Suizidprävention bedeutet in dieser Phase, auf wahrgenommene Warnsignale zu reagieren und bestimmte Berufsgruppen, wie Polizei und Zugführer sowie die Allgemeinbevölkerung, zu schulen. Darauf folgt die *finale Handlungsphase*, in der die suizidale Handlung tatsächlich ausgeführt wird. Reisch (2012) bezeichnet schließlich als letzte Phase des Modells das *Aufwachen*, ein Bereuen des Suizids oder Suizidversuchs kurz nach Einleitung der Suizidhandlung. Suizidpräventiv wirkungsvoll ist eine zeitnahe Nachbetreuung von Überlebenden nach einem Suizidversuch sowie die Restriktion von Suizidmitteln (vgl. Reisch 2012: 257f).

Die dargestellten Erklärungsansätze bieten einen Ausschnitt aus einer Vielzahl an theoretischen Ansätzen, die sich mit der Entstehung von suizidalem Verhalten beschäftigen. Die Auswahl begründet sich durch ihre Relevanz für das behandelte Forschungsvorhaben und die Bezüge zu den Forschungsergebnissen. In den Diskussionen im Rahmen der Ergebnisdarstellung wird darauf und auf andere theoretische Bezüge verwiesen. Die Erklärungsansätze veranschaulichen die Komplexität von Suizidalität, sind jedoch nicht in der Lage, suizidales Verhalten in jedem individuellen Fall vollständig zu erklären. Die vorgestellten Theorien, Erklärungsansätze, Modelle, Ursachen und Hintergründe zur Entstehung von Suizidalität geben jedoch Anhaltspunkte suizidales Verhalten zu verstehen und bieten Hintergrundwissen für Suizidprävention und Hilfestellung. Möglicherweise braucht es eine Kombination verschiedenster theoretischer Bezüge, um Suizidalität zunehmend erklärbar zu machen. Ein Konsens, der sich in den verschiedensten Erklärungsmodellen immer wieder findet, ist, dass Suizident*innen meist einem großen Leidensdruck ausgesetzt sind und, wie Gerngroß (2020b) formuliert, nicht sterben wollen, sondern versuchen, Ruhe vor als unlösbar wahrgenommenen Problemen zu finden (salvatorische suizidale Handlung) (vgl. Gerngroß 2020b: 15-30).

2.2 Epidemiologie

In diesem Kapitel werden Statistiken zum Thema Suizidalität abgebildet und beschrieben. Dies dient dem weiteren Verständnis der in dieser Publikation behandelten Thematik und der Begründung des Forschungsvorhabens. Im ersten Unterkapitel werden die Suizidraten⁵ oder absoluten Suizidzahlen im internationalen Vergleich und in Bezug auf Österreich dargestellt. Im zweiten Unterkapitel werden Statistiken zu Suiziden in Bezug auf die Geschlechterzugehörigkeit präsentiert.

2.2.1 Statistische Daten: internationaler und nationaler Vergleich

Pro Jahr versterben über 700.000 Menschen weltweit an einem Suizid (vgl. World Health Organization 2021: VII). Der *Aktionsplan der World Health Organization für psychische Gesundheit* für die Jahre 2013 bis 2020 wurde bis 2030 ausgeweitet und umfasst die Reduzierung der weltweiten Suizidsterblichkeit um ein Drittel (vgl. World Health Organization 2019: 1).

Die Abb. 7 zeigt einen Vergleich der altersstandardisierten Suizidraten in den von der *World Health Organization* definierten Regionen aus dem Jahr 2019. Ersichtlich wird, dass Europa im Vergleich zu anderen Regionen eine hohe Gesamtsuizidrate und vor allem eine sehr hohe Suizidrate von Männern hat – in der Abbildung dargestellt mit den schwarzen Balken. Beachtet werden müssen an dieser Stelle die unterschiedlichen Gesundheitsstatistiken der Regionen.

Die Suizidraten von europäischen Staaten im Jahr 2021 werden in der Abb. 8 dargestellt. Österreich liegt mit der Gesamtsuizidrate im Mittelfeld von Europa. Italien, Türkei, Liechtenstein, Griechenland und Zypern haben niedrige Suizidraten. Im Norden und Osten sind Länder mit den höchsten Suizidraten von Europa zu finden. Slowenien, Litauen und Ungarn haben die höchsten Suizidraten der europäischen Staaten.

5 Meist werden in Statistiken die Suizidraten für eine Vergleichbarkeit angegeben. Es wird die Anzahl der Suizide pro 100.000 Personen abgebildet. Bei Angaben mit Alterststandardisierung wird die Musterbevölkerung, nach Eurostat, aus den Ausführungen der Europäischen Union (2013), verwendet.

Abb. 7: Altersstandardisierte Suizidraten; World Health Organization – Regionen im Jahr 2019 (World Health Organization 2022, Daten von GO-ON Suizidprävention Steiermark, eig. Darst.)

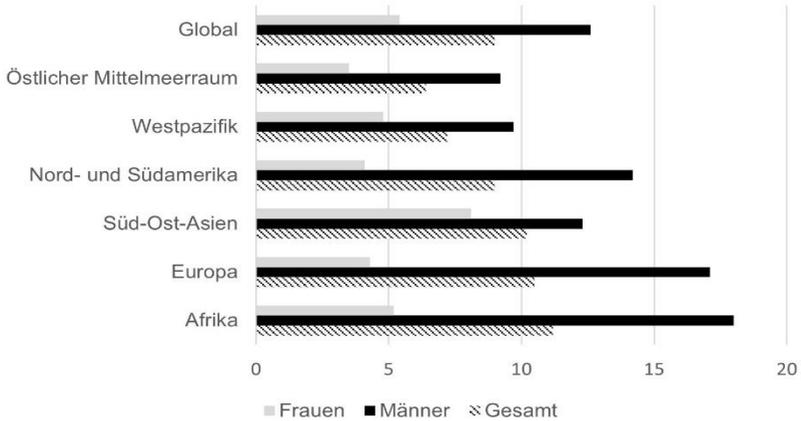
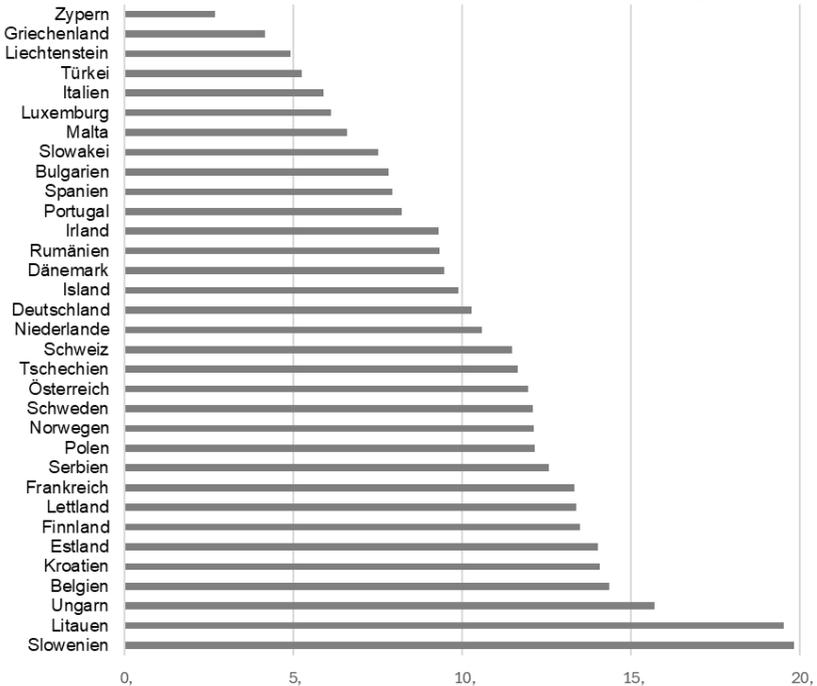
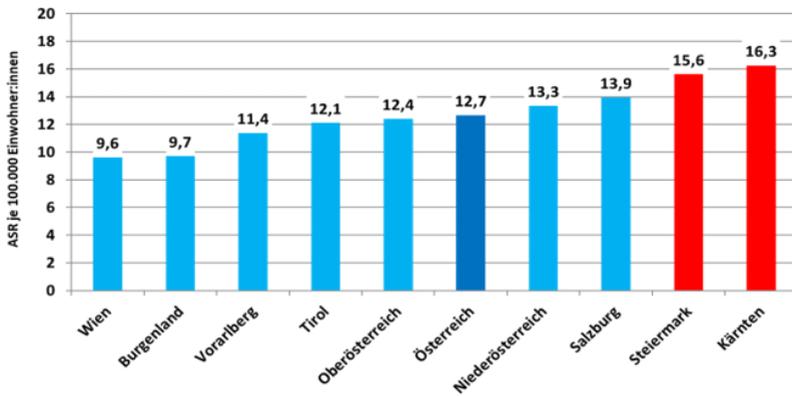


Abb. 8: Suizidraten europäischer Staaten 2021 (Eurostat 2021, eig. Darst.)



Im Jahr 2023 haben sich in Österreich 1.212 Menschen suizidiert.⁶ Der Bundesländervergleich der Jahre 2018 bis 2023 in Österreich in der Abb. 9 verdeutlicht, dass in der Steiermark und in Kärnten die höchsten Suizidraten von Österreich zu verzeichnen sind. Gemeinsam mit Niederösterreich und Salzburg befinden sich die Steiermark und Kärnten über dem österreichischen Durchschnitt. Wien und Burgenland haben die niedrigsten Suizidraten in Österreich:

Abb. 9: Suizidraten im Bundesländervergleich 2019-2023 (Daten von Statistik Austria 2024, Berechnung/Darstellung von GO-ON Suizidprävention Steiermark)

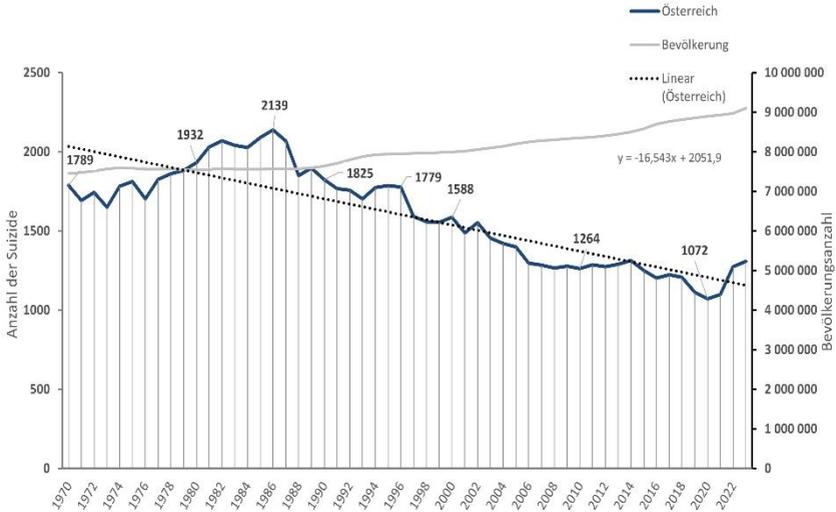


Die Suizidrate in der Steiermark, ohne Altersstandardisierung, war in den Jahren 2010 bis 2019 sogar 25% über der gesamtösterreichischen Suizidrate (vgl. Watzka 2022: 72). Mögliche Erklärungsansätze für diese höhere Suizidrate liegen im höheren Altersdurchschnitt, dem hohen Anteil von Arbeiter*innen, dem niedrigen kollektiven Bildungsniveau sowie der nicht so guten Versorgung mit Psychiater*innen, Psychotherapeut*innen und allgemein im Gesundheitssystem (vgl. ebd.: 159-167).

Die nachfolgende Abb. 10 zeigt die Anzahl der absoluten Suizidzahlen in Österreich. Die dunkle Linie bildet die Entwicklung der Suizidzahlen in den Jahren 1970 bis 2022 ab. Seit 1986 sank die Anzahl der absoluten Suizidzahlen in Österreich bis 2020 auf den niedrigsten Wert. Besonders deutlich wird die Veränderung der absoluten Suizidzahlen im Vergleich mit der Entwicklung der Bevölkerungszahl (in der Abbildung dargestellt durch die helle Linie):

6 Zur Einordnung dieser Zahl dient ein Vergleich: Im gleichen Jahr sind 402 Menschen im Straßenverkehr verstorben. Im Jahr 2023 gab es 98 assistierte Suizide (vgl. Statistik Austria 2024).

Abb. 10: Entwicklung absoluter Suizidzahlen in Österreich 1970-2022 (Statistik Austria 2023, Berechnung/Darstellung von GO-ON Suizidprävention Steiermark)



Die bisherige Verringerung der Suizidrate wurde vor allem mit Leitlinien zur Medienberichterstattung (vgl. BMG 2015: 45), einer besseren psychosozialen Versorgung (vgl. Kapusta et al. 2009: 238ff.; Vyssoki et al. 2011: 94f.) und der Restriktion von Suizidmitteln in Verbindung gebracht (vgl. BMG 2015: 13). Laut Bericht zu Suizid und Suizidprävention in Österreich geht die Suizidrate von Frauen schneller zurück als die von Männern:

„Der relative Rückgang der Suizidraten im Vergleich der Jahre 1986 und 2023 ist mit rund 62 Prozent bei den Frauen stärker ausgeprägt als bei den Männern mit etwa 36 Prozent.“ (BMSGPK 2024b: 8)

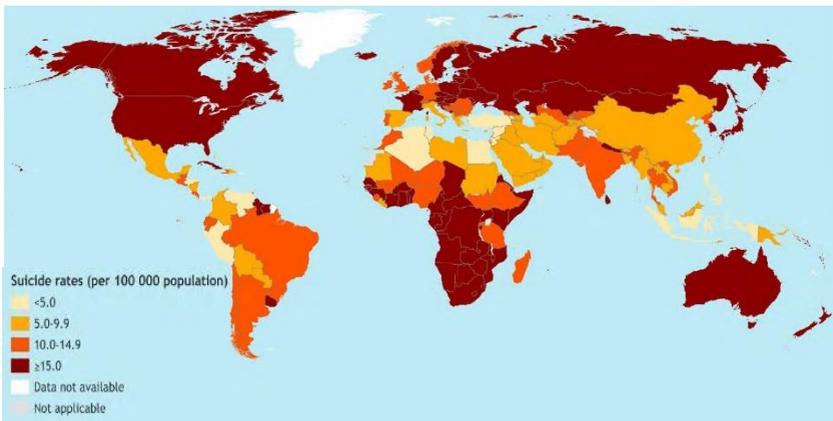
Im Jahr 2022 verzeichnete Österreich einen deutlichen Anstieg in der Suizidrate⁷: Bei den Frauen reduzierte sich die Suizidrate im Jahr 2023 wieder, bei den Männern blieb sie stabil (vgl. BMSGPK 2024b: 3).

7 Vermutet wird ein Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie und dem russischen Angriffskrieg in der Ukraine, diesbezüglich braucht es aber erst genauere Untersuchungen sowie den Einbezug der Statistiken aus den Folgejahren (vgl. BMSGPK 2022: 16f.).

2.2.2 Statistische Daten nach Geschlecht

Die altersstandardisierte Suizidrate von Männern ist weltweit um 2,3-mal höher als bei Frauen (vgl. World Health Organization 2019: 6). Werden die altersstandardisierten Suizidraten von Männern aus den Jahren 2000 bis 2019 weltweit betrachtet, gehört Österreich zu den Ländern mit den höchsten Suizidraten von Männern. In der Abb. 11 wird dies durch die dunkle Einfärbung ersichtlich.⁸ Diese zeigt eine Suizidrate ab 15 pro 100.000 Personen:

Abb. 11: Altersstandardisierte Suizidraten von Männern 2000-2019 (World Health Organization 2019: 5)

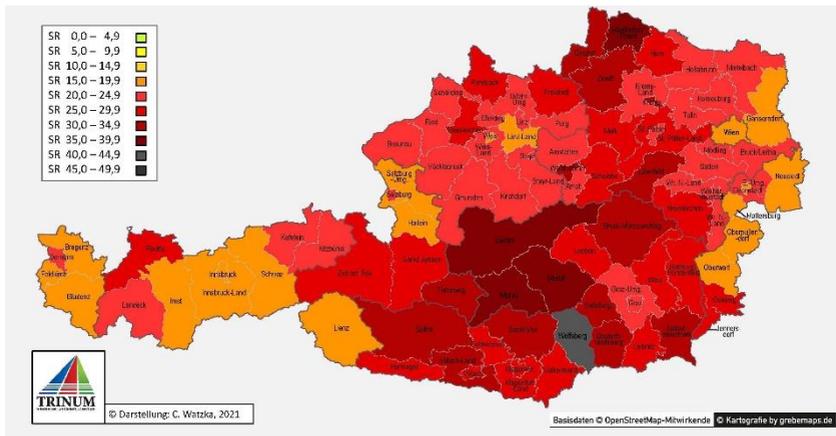


Allgemein muss vor allem bei internationalen Statistiken das unterschiedliche Niveau der Erhebung von Suizidzahlen in Bezug auf verschiedene Regierungen und Zählsysteme beachtet werden. Auch Wedler (2017) verweist auf eine hohe Dunkelziffer aufgrund von fehlenden oder ungenauen Todesursachenstatistiken und die unterschiedliche Wertung von Suiziden, z.B. als Unfall oder Vergiftung (vgl. Wedler 2017: 15ff.). Österreich ragt innerhalb Europas, welches ein eher einheitliches Zählsystem hat, durch die hohe Suizidrate von Männern hervor. Im Detail betrachtet zeigen die Suizidzahlen in Österreich, dass 80% der Suizide von Männern verübt werden, d.h. im Jahr 2023 wurden von den 1.212 Suiziden 973 von Männern durchgeführt (vgl. Statistik Austria 2024). Bei Betrachtung der Suizidraten in den einzelnen Bundesländern und Bezirken Österreichs ergibt sich eine sehr unterschiedliche Aufteilung. Diese

8 Für eine detailreichere Betrachtung der Abbildungen steht das eBook (farbig) auf der Webseite des Verlags zum kostenlosen Download zur Verfügung: <https://doi.org/10.3224/84743124>

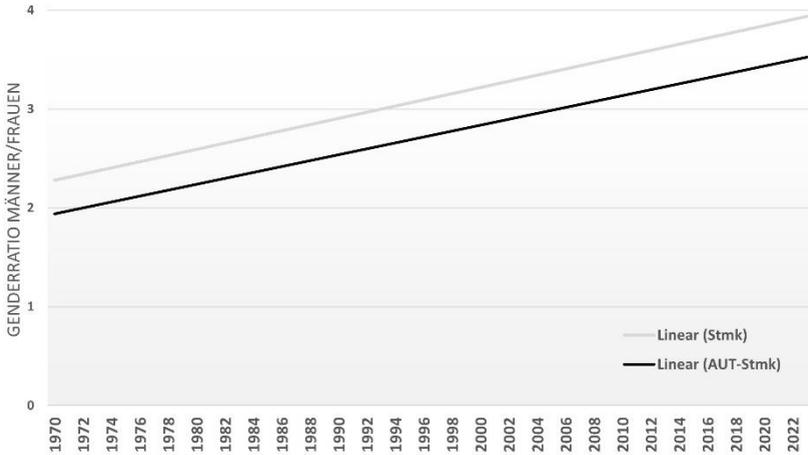
wird in der Abb. 12 mit Darstellung der männlichen Suizidraten in der Dekade 2010 bis 2019 präsentiert. In der regionalen Aufteilung entspricht dies den Gesamtraten von Frauen und Männern auf einem höheren Niveau. Watzka (2022) bezeichnet den inneralpinen Bereich der Steiermark, Kärntens und Salzburgs als „Hochrisikogebiete“ für Selbsttötungen – in der Abbildung durch die dunklen Einfärbungen ersichtlich. In der Steiermark haben die Bezirke Murau, Murtal und Liezen die höchste Übersterblichkeit (vgl. Watzka 2022: 131f.):

Abb. 12: Suizidraten von Männern nach Bezirken – Österreich 2010-2019 (Watzka 2022: 229, Darstellung zu Verfügung gestellt von Carlos Watzka)



Interessant ist die Entwicklung des Geschlechterverhältnisses in Bezug auf die Anzahl der Suizide, dargestellt in Abb. 13. Die Regressionsgeraden bilden die Steigung des Geschlechterverhältnisses von dem Jahr 1970 bis 2022 ab. Die helle Linie zeigt das Geschlechterverhältnis in der Steiermark und die dunkle Linie in den acht Bundesländern ohne die Steiermark. Diese verlaufen parallel, wobei das Geschlechterverhältnis der Steiermark demnach höher als in Restösterreich ist. Dieses stieg ab dem Jahr 1970 von einem Verhältnis von Frauen zu Männern von ca. 1 zu 2,3 bis im Jahr 2022 mit fast 1 zu 4:

Abb. 13: Anzahl der Suizide – Genderratio Österreich vs. Steiermark 1970-2022 (Statistik Austria 2023, Berechnung/Darstellung von GO-ON Suizidprävention Steiermark)



Es gibt keine offiziellen statistischen Zahlen zu Suizidversuchen. Es werden beispielsweise zehn- bis vierzigmal so viele Suizidversuche wie Suizide angenommen (vgl. Schneider/Wetterling 2016: 19). Laut Suizidbericht Österreichs aus dem Jahr 2024 könnten in Österreich ca. 11.000 bis 32.000 Suizidversuche pro Jahr stattfinden (vgl. BMSGPK 2024b: 14). Hinweise gibt es darauf, dass Suizidversuche öfter von Frauen durchgeführt werden (vgl. Canetto/Sakimofsky 1998: 1; Muheim et al. 2013: 1; Schneider/Wetterling 2016: 20). Mit dem Projekt *Surveillance psychosoziale Gesundheit* wird seit 2019 die Entwicklung der psychosozialen Gesundheit, inklusive von Suizidversuchen, in Österreich näher betrachtet. Aktuelle Auswertungen weisen auf eine Zunahme von suizidassoziierten Einsätzen im Burgenland, Niederösterreich und Oberösterreich und mehr Selbstvergiftungen bei Frauen und Mädchen hin (vgl. Sagerschnig/Pichler/Grabenhofer-Eggerth 2023: 1-12).

Zusammenfassend macht die epidemiologische Betrachtung der Suizidraten und absoluten Suizidzahlen deutlich, dass Suizidalität eine globale Herausforderung darstellt. Europa weist im internationalen Vergleich eine hohe Suizidrate auf, Österreich befindet sich im Vergleich mit anderen europäischen Ländern im Mittelfeld. Die höchsten Suizidraten haben die Bundesländer Steiermark und Kärnten. Die Zugehörigkeit der Bezirke Murau und Murtal zu den Regionen in Österreich mit den höchsten Suizidraten führte zur Auswahl des Forschungsfeldes, welches ab Seite 58 näher beschrieben wird. Die Suizidrate ist in Österreich in den Jahren 1986 bis 2020 stark gesunken. Der Anstieg der

Suizidrate ab dem Jahr 2020 verlangt entsprechende weitere Untersuchungen. Der Vergleich der Suizidraten zwischen Frauen und Männern verdeutlicht, dass Österreich weltweit zu den Ländern mit den höchsten Suizidraten von Männern gehört. Etwa drei Viertel der Suizide in Österreich werden von Männern verübt. Das Geschlechterverhältnis geht in Österreich, im Vergleich der Daten von den Jahren 1970 bis 2022, immer weiter auseinander.

2.3 Krisen und Suizidalität bei Männern

Nach der allgemeinen Einleitung zum Thema Suizidalität, mit Erklärungsansätzen für suizidale Handlungen und der Darstellung statistischer Daten, soll dieses Unterkapitel theoretische Bezüge mit dem Fokus auf Männer präsentieren. Nach einer ersten Einführung in Hinblick auf Geschlechterdifferenzierung und Klärung verwendeter Begrifflichkeiten werden Erklärungsansätze für suizidales Verhalten bei Männern beschrieben.

Das Geschlecht stellt in dieser Publikation eine Differenzdimension dar, neben anderen wie Lebensalter und Wohnort. Es wird vom Geschlecht der *Männer* geschrieben und sich damit einer traditionellen Geschlechterdifferenzierung bedient. Die Orientierung erfolgt an der Suizidstatistik, die ausschließlich diese binäre Geschlechterdifferenzierung wiedergibt. Die Geschlechterdifferenzierung wird unter anderem nach Hericks (2019) anhand von Geschlechtsmerkmalen und Reproduktion getroffen. Diese Unterscheidung ist im Alltag oft nicht greifbar. Außerdem sind bei Merkmalen, wie beispielsweise Größe und Behaarung im Rahmen eines Geschlechts größere Unterschiede als zwischen den Geschlechtern erkennbar (vgl. Hericks 2019: 192). Als Autorin möchte ich betonen, dass sich Menschen unterschiedlichen Geschlechtern zuordnen können, diese Forschung sich jedoch auf die Menschen fokussiert, die sich selbst dem männlichen Geschlecht zuordnen: cis-Männern. Dementsprechend wurden die Interviewpartner für die offenen Leitfadeninterviews ausgewählt. Dies bedeutet nicht, dass die Ergebnisse dieser Forschung *für alle Männer* oder *nur für Männer* gelten. Die Ergebnisse können auf verschiedene Einzelpersonen zutreffen, deren Ausrichtung oder Zuschreibung vorrangig einem *Männerbild der Stärke und Unverletzlichkeit* entspricht. Die Begründung davon liegt im möglichen Umgang mit Krisen und Suizidalität bei Ausführungen dieses Männerbildes. Trotz kritischer Überlegungen zu einer starren Geschlechterdifferenzierung müssen deren Bestehen und vor allem deren weitreichende Auswirkungen beachtet werden. An dieser Stelle sollen zwei Zitate das Ausmaß der Geschlechterdifferenzierung verdeutlichen:

„Keine soziale Kategorie entfaltet und vermittelt sich in so vielen Dimensionen – leibseelische, psychosoziale, sozial interaktive und gesellschaftsstrukturelle – wie das Geschlecht.“ (Böhnisch 2019: 91)

„Der Dualismus Mann/Frau muss als eine der grundlegendsten, möglicherweise als die fundamentale Strukturierung der symbolischen Welt angesehen werden.“ (Kuster 2019: 4)

Hinzu kommt, dass die Zuordnung zum Geschlecht Orientierung gibt (vgl. Quente 2020: 13; Bereswill/Ehlert 2022: 215). Dies hat weitreichende Folgen, denn durch die Vorgaben der Ausgestaltung von Männlichkeit und Weiblichkeit entstehen Verhaltenserwartungen (vgl. Rachor 2001: 47). *Doing gender* umfasst die Gesamtheit sozial gesteuerter Wahrnehmung, die sich durch entsprechendes Tun zeigt (vgl. West/Zimmermann 1987: 126ff.). Zunehmend wird Männlichkeit im Plural verwendet (vgl. Aigner 2017: 24; Meuser 2016: 230), um geschlechtsspezifische Positionen darzustellen (vgl. Hochreiter/Stoller 2018: 8). In der (kritischen) Männlichkeitsforschung wird Männlichkeit als wandelbare soziale Konstruktion betrachtet (vgl. Quente 2020: 28). Böhnisch (2013) beschreibt die alltägliche Herstellung dieser Konstruktion und verbindet den Begriff mit vorhandenen Männerbildern (vgl. Böhnisch 2013: 13-19). Männlichkeit ist komplex, veränderbar und divers (vgl. Tricht 2019: 141). Connell (2015) definiert Männlichkeit folgendermaßen:

„‘Männlichkeit’ ist – soweit man diesen Begriff in Kürze überhaupt definieren kann – eine Position im Geschlechterverhältnis; die Praktiken, durch die Männer und Frauen diese Position einnehmen, und die Auswirkungen dieser Praktiken auf die körperliche Erfahrung, auf Persönlichkeit und Kultur.“ (Connell 2015: 124)

Rund um den Begriff *Männlichkeit* gibt es mehrere Begrifflichkeiten, die in der Theorie synonym verwendet und voneinander abgegrenzt werden können:

„Der Begriff der Männerrolle wiederum verweist auf das interaktive und institutionenbezogene Rollenhandeln. Der Begriff der Maskulinität schließlich wird meist dann verwendet, wenn es um emotionale Manifestationen geht. Im subjektumgreifenden Begriff des Mann-Seins ist die lebensweltliche Bewältigungsperspektive eingefasst, in der sich Jungen und Männer in gesellschaftlichen Zonen der Männlichkeit bewegen und sich mit geschlechtsbezogenen Rollenerwartungen und gefühlten maskulinen Antrieben genauso auseinandersetzen, wie sie darin ihr eigenen ‚doing gender‘ zu regulieren und zu gestalten versuchen.“ (Böhnisch 2013: 13)

Die Kategorie *Geschlecht* scheint im Kontext von Krisen eine besondere Bedeutung zu haben. Dazu kommt, dass eine Entgrenzung von Männlichkeit und Weiblichkeit, mit ambivalenten Modellen neben geschlechtstypischen Bewältigungsmustern, vorkommt (vgl. ebd.: 14-37). In Bezug auf die Entgrenzung von Arbeitstätigkeiten bestehen für Männer zusätzliche Herausforderungen (vgl. ebd.: 228f.). Traditionelle Geschlechterarrangements müssen im Zusammenhang mit Suizidalität und der jeweiligen Sozialisation unbedingt beachtet werden (vgl. Gerisch 2012: 79):

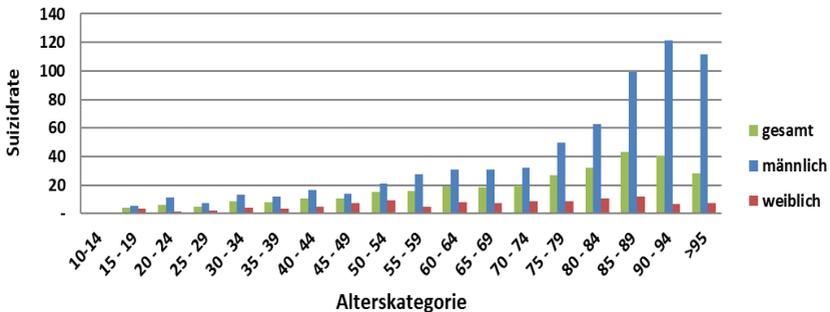
„Die Genese des Symptoms der Suizidalität kann also nur unter Berücksichtigung des traditionellen Geschlechterarrangements, das heißt der soziokulturell geprägten Geschlechterkonstruktionen und der damit im Zusammenhang stehenden spezifischen Geschlechtersozialisation einschließlich der bei Männern und Frauen unterschiedlichen Genese der Geschlechteridentität betrachtet und verstanden werden.“ (ebd.: 79)

Diese erste Einführung diente der Betrachtung von Krisen und Suizidalität im Kontext von Geschlechterdifferenzierungen, mit dem Fokus auf Männer und Männlichkeit. Wissen über die Hintergründe für die hohe Suizidrate von Männern kann die Gestaltung von Prävention und Hilfe in Krisen für Männer beeinflussen. In den folgenden Unterkapiteln sollen aus diesem Grund vorhandene Erklärungen für die hohen Suizidraten von Männern präsentiert werden:

2.3.1 Suizide nach Altersgruppen

Suizide gelten als eine der häufigsten Todesursachen bis zum 50. Lebensjahr in Österreich und sind bei Menschen zwischen 15 und 34 Jahren sogar die zweithäufigste Todesursache (vgl. BMSGPK 2024b: 10). Die folgende Abb. 14 zeigt die Suizidraten nach den Altersklassen in Österreich im Jahr 2020.⁹

Abb. 14: Suizidraten nach Altersklassen in Österreich aus dem Jahr 2020 (Statistik Austria 2021, Darstellung von GO-ON Suizidprävention Steiermark)



In der Abb. 14 wird der Anstieg der Gesamtraten im Alter verdeutlicht. Zusätzlich wird durch diese Abbildung ersichtlich, dass die Suizidrate vor allem bei Männern im Alter steigt und an dieser Stelle Hinweise für die höhere Suizidrate von Männern enthalten sind. Im Vergleich zu Frauen haben Männer in jedem Alter erhöhte Suizidrisiken: Für die Steiermark betrachtet zeigen sich bei den 70 bis 90-jährigen Männern im Vergleich zur gesamtösterreichischen Suizidrate höhere Werte, z.B. liegt in der Dekade 2010 bis 2019 bei den 80 bis

⁹ Statistik Austria berichtet nach dem Jahr 2020 von keinen altersstandardisierten Suizidraten in den Altersklassen mehr, aus diesem Grund ist keine neuere Abbildung verfügbar. Für eine detailreichere Betrachtung der Abbildungen steht das eBook (farbig) auf der Webseite des Verlags zum kostenlosen Download zur Verfügung: <https://doi.org/10.3224/84743124>

89-jährigen Männern eine Suizidrate von 130 vor (vgl. Watzka 2022: 70) und damit eine über 40% höhere Suizidrate als in Gesamtösterreich (vgl. BMSGPK 2024b: 3). Als Auslöser für Suizidalität im Alter gelten Trennungen und Veränderungen, z.B. in Bezug auf Beziehungen, Beruf oder den eigenen Körper (vgl. Lindner 2020: 151). Eine Studie zeigt, dass bei verwitweten und geschiedenen Männern mit über 80 Jahren die Suizidrate erhöht ist (vgl. Watzka 2022: 83). Veränderungen können als Verlusterlebnisse wahrgenommen werden und zu Kränkungen und Beeinträchtigungen des Selbstwertgefühls führen (vgl. Wächtler/Erlemeier/Teising 2008: 133). Suizidalität im Alter wird durch den Verlust von Anerkennung und Autonomie, Einsamkeit, Sinnlosigkeit, belastende Lebensereignisse sowie Ängste vor Krankheiten, Alter und Sterben beschrieben (vgl. Erlemeier/Sperling 2014: 14). Soziale Isolation und Einsamkeit fördern die Vulnerabilität von älteren Männern (vgl. Kruse 2017: 221). Zu betonen ist, dass Suizidalität bei älteren Menschen oft ihre Anfänge bereits früher hat und mit Verarbeitungsmustern in der Kindheit und Jugend zusammenhängen kann (vgl. Lindner 2010: 291). Durch die zunehmende Anzahl von älteren Menschen gibt es auch immer mehr ältere Menschen mit Depressionen:

„Eine zentrale Aufgabe heutiger und zukünftiger Versorgungssysteme wird sein, die Entstehung von Suizidalität im Alter besser zu verstehen, Depression und Suizidalität im Alter vorzubeugen und für depressive und suizidale ältere Menschen bestmögliche Behandlungsangebote bereitzuhalten.“ (Wächtler/Erlemeier/Teising 2008: 129)

Die meisten Suizide, nach absoluten Zahlen, werden zwischen 45 und 64 Jahren durchgeführt (35% aller Suizide) (vgl. BMSGPK 2024b: 3).

2.3.2 *Suizidmethoden*

Die hohe Suizidrate von Männern wird oft mit den angewandten Suizidmethoden erklärt. Bei Männern und Frauen werden die meisten Suizide durch Strangulation (44%) oder einen Schusswaffengebrauch durchgeführt. Männer versterben häufiger durch einen Suizid mit einer Schusswaffe als Frauen (23% gegenüber 5%), häufiger angewandte Suizidmethoden bei Frauen sind das Vergiften und der Sturz in die Tiefe (vgl. BMSGPK 2024b: 13). Die Auswahl der Suizidmethoden hat sich in den letzten 150 Jahren kaum verändert (vgl. Sonneck 2016: 282). Eine Studie mit Patient*innen, die einen Suizidversuch überlebten, zeigte, dass Männer häufiger Suizidmethoden mit deutlichen Verletzungen und Lebensgefahr benutzten. Die Möglichkeit, nach Einleitung einer suizidalen Handlung rechtzeitig gefunden zu werden, bestand seltener. Männer waren bei der suizidalen Handlung öfter alkoholisiert (vgl. Israel/Felber/Winiecki 2001: 29ff.). Die Zugänglichkeit zu Suizidmethoden ist entscheidend für deren Verwendung, z.B. führte die Einführung des Waffengesetzes im Jahr 1997 zu einer Reduzierung der Suizidrate (vgl. BMG 2015: 13).

2.3.3 Depressive Erkrankungen und Suchterkrankungen

Depressive Erkrankungen erhöhen durch Symptome wie Hoffnungslosigkeit, Schlaflosigkeit, Unruhe, Wertlosigkeitsideen oder Angst den Leidensdruck und damit das Suizidrisiko (vgl. Wolfersdorf 2008a: 448). Zusätzlich kommen Selbstentwertung, Zukunftsängste sowie die Sorge, keine Besserung zu erreichen, vor (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorfer 2022: 155f.).

Auszugsweise soll auf die Gotland-Studie eingegangen werden, weil sie interessante Bezugspunkte zum Forschungsbereich aufzeigt. Die Studie wurde auf der schwedischen Insel Gotland durchgeführt, die sich durch traditionelle Geschlechterrollen, Schwierigkeiten bei der Hilfesuche und einer hohen Suizidrate auszeichnete. Die Allgemeinärzt*innen wurden in den Jahren 1983/1984 zum Thema Depression und Suizidalität geschult. Dies führte zu mehr Wissen und zu einer besseren Risikoabschätzung sowie Diagnostik. Die Evaluationen der Studie ergaben, dass sich die Suizide um 60% reduzierten und die niedrigste in Schweden erhobene Suizidrate erreicht wurde. Die im Jahr 1988 wieder ansteigende Suizidrate wird unter anderem mit dem Wegzug von 50% der ausgebildeten Allgemeinmediziner*innen erklärt. Der Rückgang der Suizidraten bezog sich vorrangig auf weibliche Suizide. Erklärt wird dies damit, dass Männer den Allgemeinärzt*innen oft gar nicht bekannt waren (vgl. Rutz 2001: 124ff.). Es wurden daraufhin *Bündnisse gegen Depressionen* in verschiedenen Ländern gegründet, um Wissen zum Thema Depression bei Ärzt*innen und der Allgemeinbevölkerung zu vermitteln. Es ist unklar, ob die Wissensvermittlung, eine bessere psychiatrische Versorgung und/oder eine vermehrte Enttabuisierung in der Gesellschaft zur Verringerung der Suizidrate führte (vgl. Wedler 2017: 19). Ein zusätzliches Ergebnis der Gotland-Studie waren die abweichenden Symptome von Depressionen bei Männern (vgl. Rutz 2001: 126ff.). Symptome einer Depression, die vermehrt bei Männern vorkommen, sind: Reizbarkeit, Aggression, geringe Impulskontrolle und Stresstoleranz, narzisstische Gekränktheit, Alkoholmissbrauch, Selbstverurteilung, Hoffnungslosigkeit und Suizidgefährdung. Die Unterschiede zu Symptomen bei Frauen können eventuell auf geschlechterspezifisches Verhalten zurückgeführt werden (vgl. Wolfersdorf 2012: 286f.). Diese geschlechterspezifischen Abweichungen werden auch in neueren Studien bestätigt (vgl. Kielan et al. 2021: 77). Die Schwerpunkte neuerer Studien sind dementsprechend fehlende Diagnosen bei Männern und älteren Menschen (vgl. Moreno et al. 2022), der Zusammenhang männlicher gesellschaftlich etablierter Normen mit depressiven Symptomen (vgl. Herreen et al. 2021: 6f.) bis hin zu einer Forderung nach geschlechterspezifischen Angeboten für Männer mit Depressionen (vgl. Stiawa et al. 2020). Es kann von vielen nicht diagnostizierten Depressionen bei Männern ausgegangen werden. Auch Hilfsbedürftigkeit wird bei Männern oft nicht erkannt (vgl. Frasl 2022: 232). Diese Erkenntnisse können mit der hohen Suizidrate von Männern verbunden werden:

„Wenn Männer also mindestens dreimal häufiger Suizid begehen als Frauen, aber bei ihnen nur halb so häufig eine Depression diagnostiziert wird, kann hier etwas nicht stimmen. Es gibt eine hohe Dunkelziffer nicht diagnostizierter Depressionen bei Männern! Männer haben nicht weniger ein Depressionsrisiko wie Frauen.“ (Möller-Leimkühler 2020: 168)

Wie dargestellt, zeigen sich depressive Erkrankungen bei Männern unter anderem durch verstärkten Alkoholkonsum (vgl. Wolfersdorf 2012: 286). Abhängigkeitserkrankungen können das Suizidrisiko erhöhen (vgl. Wolfersdorf 2008b: 1325f.; World Health Organization 2014: 33) und da Männer bei Abhängigkeitserkrankungen überrepräsentiert sind (vgl. Statistik Austria 2023), wird dadurch ein weiterer Indikator für die allgemein höhere Suizidrate von Männern verdeutlicht.

Ersichtlich wird durch diese Darstellung, dass eine (möglicherweise nicht behandelte) Depression sowie Abhängigkeitserkrankungen bei Männern Auswirkungen auf deren hohe Suizidraten haben können. Psychische Erkrankungen werden in der Literatur oft als zentraler Risikofaktor für Suizidalität dargestellt. Auch aktuelle Studien verweisen auf Depressionen bei Männern als zentraler Risikofaktor für Suizidalität (vgl. Richardson/Robb/O’Connor 2021: 5). Dem Beitrag von Brieger/Menzel/Hamann (2022) folgend muss beachtet werden, dass sich trotz des Risikofaktors einer schweren psychischen Erkrankung nur wenige psychisch erkrankte Menschen suizidieren (vgl. Brieger/Menzel/Hamann 2022: 25-28). Suizidalität muss als komplexes Geschehen mit vielseitigen psychosozialen Risikofaktoren betrachtet werden. Nach den Forschungsergebnissen scheinen für Männer Risikofaktoren im Kontext ihrer Sozialisation relevant zu sein. Aus diesem Grund werden im nächsten Abschnitt theoretische Bezüge dazu dargestellt:

2.3.4 Männliche Sozialisation in der Gesellschaft

Nach Statistik Austria (2023) beträgt die aktuelle Lebenserwartung von Frauen 83,7 Jahre und von Männern fast 79 Jahre. In einer aktuellen Studie wurden Daten zur Lebenserwartung aus den Jahren 1996 bis 2019 von 228 Regionen aus Österreich, Tschechien, Dänemark, Deutschland, Frankreich, der Schweiz und der Slowakei verglichen. Die Ergebnisse verweisen auf eine langsame Reduzierung der männlichen Übersterblichkeit. Diese wird durch weniger Todesfälle durch Herz-, Kreislauferkrankungen und Tumore erklärt. Begründungen für die allgemein niedrigere Lebenserwartung von Männern werden in Bezug auf traditionelle Geschlechterrollen, risikofreudiges Verhalten und einen ungesunden Lebensstil angegeben (vgl. Sauerberg et al. 2023: 2-7). Erwähnt werden soll die Forschung zur geschlechtsspezifischen Lebenserwartung im Rahmen der Deutsch-Österreichischen Klosterstudie (2024). Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass biologische Faktoren maximal ein Jahr der niedrigeren Lebenserwartung von Männern erklären und sich der Unterschied vor allem

durch die höhere Sterblichkeit der Männer abbildet. Auch nach Elsen (2023) gibt es wenige neurobiologische Differenzierungen zwischen den Geschlechtern. Da nicht alle Unterschiede mit der Sozialisation erklärt werden können, wird für die Betrachtung des vielfältigen Zusammenspiels beider Bereiche plädiert (vgl. Elsen 2023: 125-142). Es soll nun näher auf die Sozialisation von Männern eingegangen werden:

Durch Sozialisation bildet sich die eigene Identität und soziale Bezugsgruppen sowie Handlungsbezüge werden erhalten. Das Individuum lernt, wie es Anerkennung und Zugehörigkeit in Gruppen und der Gesellschaft erlangt (vgl. Grundmann 2017: 67f.). Denn durch die Orientierung an Leitbildern von Konstrukten der Geschlechter erfolgt Akzeptanz und eine Zuordnung zur Normalität (vgl. Blizan 2021: 189). Dementsprechend sind alle Lebenswelten geschlechtsspezifische Aneignungs- und Konfliktbereiche (vgl. Winter 2016b: 111) und Verhalten ist bedingt durch eine geschlechterspezifische Sozialisation (vgl. Voigt-Kehlenbeck 2008: 151). Die Vorstellungen von den Geschlechtern werden in der Gesellschaft erzeugt, sind veränderbar und haben Auswirkungen auf jede einzelne Person (vgl. Rendtorff/Riegraf 2016a: 9f.). Demnach erfolgt eine Aneignung vorhandener Strukturen von Männlichkeit (vgl. Böhnisch 2013: 56). Durch Geschlechterstereotypen erfolgen Zuschreibungen mit entsprechender selektiver Wahrnehmung und spezifischen Erwartungen (vgl. Hannover/Wolter 2019: 206). Diese Erwartungen werden wiederum dem biologischen Geschlecht zugeordnet (vgl. Connell 2015: 69). Sie sind nicht angeboren, ihnen wird jedoch entsprochen, um im gesellschaftlichen Zusammenleben nicht benachteiligt zu werden (vgl. Elsen 2023: 47). Mertens (2016) bestätigt diese Ausführungen, in dem er das Erwerben von erwünschten Vorschriften und Normen im Rahmen der Sozialisation beschreibt und angibt, dass gleichgeschlechtliche Vorbilder bevorzugt werden. Aus psychoanalytischer Sicht handelt es sich dabei um archetypische Konstellationen, d.h. sie sind nicht nur kultur- oder zeitspezifisch (vgl. Mertens 2016: 174f). Die Funktion von Geschlechterstereotypen kann folgendermaßen beschrieben werden:

„Geschlechterstereotypen haben für die Mitglieder der Gesellschaft handlungsanleitende und orientierende Wirkung. Sie prägen unsere Wahrnehmung, Erfahrung, Einstellungen, Einschätzungen und Verhaltensweisen. Das gilt für das Alltagsverständnis ebenso wie für wissenschaftliche Sachverhalte und der daraus abgeleiteten Praxis.“ (Racheor 2001: 48)

Es kommt zu geschlechterbezogenen Verhaltensweisen mit entsprechenden Zuordnungen und Bewertungen (vgl. Rendtorff/Riegraf 2016b: 114f.). Das Wissen über Geschlechterstereotypen wird erlangt durch die Sozialisation im Kontakt mit Eltern, Organisationen sowie Medien und führt zum Leben in traditionellen Rollen. Sie prägen, bilden das Selbstbild, schränken einerseits durch Vereinfachungen ein (vgl. Elsen 2023: 103f.) und schaffen andererseits Orientierung (vgl. ebd.: 20). Beachtet werden muss die Individualität und Vielfalt vom tatsächlich gelebten Geschlecht (vgl. Luterbach 2021: 39). Die Gefahren von Stereotypen und deren unbewusste Wirkung wird beschrieben:

„Solche Vorbilder und Vorgaben bergen ernstzunehmende Gefahren. Stereotype sind tückisch, denn sie wirken schleichend und unbewusst. Sie konsolidieren Strukturen, was flexibles und individuelles Handeln behindert und soziale Verbesserungen erschwert. Gerade die soziale Dimension macht Stereotype gefährlich. Sie bilden einen Teil des Allgemeinwissens, das nicht hinterfragt wird. Da wir permanent mit der Geschlechtsdimension konfrontiert werden, pflegen und vertiefen wir stereotype Strukturen in vielfältigen Nuancen ständig, ohne uns dessen gewahr zu sein.“ (Elsen 2023: 115)

Männlichkeitsforschung beschäftigt sich mit Geschlechterverhältnissen, z.B. mit Konstruktionen von Männlichkeit (vgl. Meuser 2016: 232). Nach Scholz (2019) ist Connells Konzept der *Hegemonialen Männlichkeit* das Konzept, nach dem sich die Geschlechterforschung ausrichtet (vgl. Scholz 2019: 420). Dieses Konzept beschreibt den Zusammenhang von Macht und Männlichkeit (vgl. Connell 2015: 10). Eingenommen wird eine bestimmte, kulturspezifisch begründete aktuelle, jedoch veränderbare Position. Die meisten Männer gehören nicht zu dieser Gruppe, die diese hegemoniale Männlichkeit erreicht. Aber auch sie haben Vorteile durch die hegemoniale Männlichkeit und die dadurch erfolgende Unterdrückung von Frauen (vgl. ebd.: 130-133). Die Unterschiedlichkeit und Wandelbarkeit von Männlichkeit wird im Konzept ebenso betont wie die Notwendigkeit, Männlichkeit hervorzuheben, um nicht als minderwertig wahrgenommen zu werden (vgl. Tricht 2019: 65f.). Bourdieu (1997) beschreibt einen „[...] vergeschlechtlichten und vergeschlechtlichenden Habitus [...]“ (Bourdieu 1997: 167) und die dementsprechende Wahrnehmung und Entstehung von körperlichen Geschlechtsunterschieden (vgl. ebd.: 174). Auf die Bedingungen eines *Geschlechterhabitus* als *doing gender* geht Meuser (2010) näher ein. Den Geschlechtern wird entsprechendes Handeln oder Unterlassen von Handeln zugewiesen. Im Vordergrund der Beschreibungen steht damit das – zur Selbstverständlichkeit gewordene – geschlechtsspezifische Handeln. Dieses umfasst unterschiedliche Ausprägungen von Geschlechtlichkeit und ist bedingt durch Erfahrungen, z.B. in Bezug auf Familie oder Generation (vgl. Meuser 2010: 117-120). Das Konzept des Geschlechtshabitus, bezogen auf die jeweiligen Lebenslagen, wird folgendermaßen beschrieben:

„Vielmehr sollten Männlichkeit und Weiblichkeit als Bewältigungsmuster im Streben nach biografischer Handlungsfähigkeit betrachtet werden, die aktiviert werden, wenn es Druck und Dynamik der Lebenslagenkonstellation ‚erfordern‘.“ (Böhnisch 2017: 45)

Vulnerabilität entsteht, weil Gefühle und das Bedürfnis nach Bindung ignoriert werden. Verstärkt wird dies durch veränderte Erwartungen an Männer, z.B. das Familienleben betreffend. Die Sozialisation von Männern und ihr Selbstbild sind weiterhin stark am Erwerbsleben orientiert (vgl. Brandes 2016: 189). Nach Böhnisch (2018) können sieben Strukturierungen von Männlichkeit beschrieben werden:

- Kann Bedürftigkeit angesprochen werden?
- Muss Bedürftigkeit abgespalten werden?
- Können Frauen als gleichgestellt anerkannt werden?

- Inwiefern führt Hilflosigkeit zu Abspaltung, zu Gewalt?
- Bedeutet Sorge, Empathie und Anerkennung oder Verantwortung und Kontrolle?
- Inwiefern ist die männliche Identität an Erwerbsarbeit geknüpft?
- Wie sieht es mit transnationalen männlichen Machtstrukturen aus? (vgl. Böhnisch 2018: 129-190).

Auf die, an dieser Stelle als Fragestellungen dargestellten, Strukturierungen von Männlichkeit wird in den Diskussionen der Ergebnisdarstellungen Bezug genommen, da sie diese in den Forschungsergebnissen teilweise widerspiegeln. Dementsprechend ist der Umgang mit Bedürftigkeit, Hilflosigkeit, Sorge und Machtstrukturen im Rahmen der Sozialisation von Männern relevant:

„Es ist nachgewiesen, daß traditionelle Männlichkeit ein Schlüsselrisikofaktor für männliche Vulnerabilität ist und maladaptive Copingstrategien wie emotionale Ausdruckslosigkeit, Widerwille/Abneigung, Hilfe zu suchen oder Alkoholabhängigkeit fördert.“ (Schulte-Wefers/Wolfersdorf 2006: 16)

In verschiedenen internationalen Studien wurde das Hilfesuchverhalten von Menschen bei psychischen Belastungen bis hin zur Suizidalität untersucht. Zusammenfassend wird durch diese Studien ersichtlich, dass das Stigma rund um Hilfesuche, Suizidalität und psychische Probleme die Hilfesuche in schwierigen Situationen massiv behindert (vgl. Clement et al. 2015: 14; Dreier et al. 2021; Park et al. 2015: 811-817; Roskar et al. 2017; Shahwan et al. 2020; Staiger et al. 2017). Bei Studien zu einem Suizid-Stigma wurde deutlich, dass Überlebenden nach einem Suizidversuch die medizinische Versorgung und Genesung durch das Stigma erschwert wird. Gezeigt wird, dass Überlebende nach einem Suizidversuch als egoistisch, inkompetent und nach Aufmerksamkeit suchend beschrieben werden (vgl. Sheehan et al. 2017: 73f.). Die Hilfesuche von Männern im Kontext von Suiziden rückt zunehmend in das Forschungsinteresse (vgl. Scotti Requena et al. 2022: 11). Hilfesuche kann mit negativen Attributen wie Schwäche, Hilflosigkeit, Suchtgefahr in Bezug auf Psychopharmaka, einem geringen Selbstwertgefühl, öffentlicher Stigmatisierung sowie Selbststigmatisierung verbunden werden (vgl. Staiger et al. 2017: 3-7). Das bedeutet, dass die Schwierigkeit der Hilfesuche bei Männern verstärkt eine Problematik darstellt (vgl. Callear et al. 2017: 5ff.; McKenzie et al. 2022: 3-13; Roskar et al. 2017: 616-619). Es wird immer wieder betont, dass Männer versuchen, Probleme allein zu bewältigen sowie verspätet oder keine Hilfe annehmen (vgl. Herreen et al. 2021: 7f.). Dies wird unter anderem mit mänderspezifischen Bewältigungsformen erklärt (vgl. Plößer 2012: 199). Bei gesundheitlichen Problemen wird allgemein von Männern später Hilfe angenommen und Vorsorgeuntersuchungen werden seltener durchgeführt (vgl. Altgeld 2006: 83). Psychosoziale und medizinische Versorgung sowie Psychopharmaka werden vor allem von Frauen konsumiert (vgl. Möller-Leimkühler 2020: 145). Ein Beispiel ist die Inanspruchnahme von sozialpsychiatrischen

Angeboten: Im Psychiatriebericht 2017 der Steiermark zeigt sich in Bezug auf die Geschlechterverteilung eine Inanspruchnahme von Männern von nur 35,6% (vgl. Gesundheitsfonds Steiermark 2018: 48).

Betont wird in weiterer Folge, dass Männer selbst negativ von den beschriebenen Machtverhältnissen betroffen sind und die Vulnerabilität von Männern nicht beachtet wird (vgl. Böhnisch 2015: 28). Dazu werden absehbare Folgen und die Schwierigkeit der Hilfeannahme von Männern beschrieben:

„Während sich immer klarer herauskristallisiert, welchen Preis Männer für ihre Vormachtstellung bezahlen, schreibt die Männlichkeitsdoktrin dennoch deutlich vor, dass Männer keine Hilfe brauchen, dass sie selbst schon einen Weg finden werden, dass sie es im Alleingang oder eben im Zusammenschluss schon schaffen. Männer suchen keine professionelle Hilfe, Männer bitten sowieso nicht um Hilfe, Männer machen weiter, Probleme hin oder her.“ (Tricht 2019: 98f.)

Die Einstellung muss vom Privilegienverzicht durch eine geschlechtergerechte Gesellschaft weggehen, hin zu den Vorteilen für Männer, wie eine bessere Gesundheit, mehr Lebensqualität oder mehr emotionales Erleben (vgl. Theurnert/Luterbach 2021a: 95). Heesen (2022) geht eindrucksvoll in seinem Buch *Was Männer kosten* darauf ein, dass das Patriarchat das Gemeinwesen massiv finanziell belastet, zum Beispiel durch Gefängnisaufenthalte, Gewalt, Süchte, ungesunde Ernährung sowie Suizide (vgl. Heesen 2022: 12-15). Im Vordergrund sollten das Potential einer geschlechtergerechten Gesellschaft und die damit verbundenen Vorteile für Männer stehen (vgl. ebd.: 186-189).

Durch die vorangegangenen Darstellungen wird erklärt, warum manchmal bereits die Zugehörigkeit zum männlichen Geschlecht als Risikofaktor für Suizidalität benannt wird (vgl. Illes 2015: 25). Auch die Ausführungen von Böhnisch (2018) zur *traditionellen Männlichkeit* können Erklärungen für die hohe Suizidrate von Männern bieten und werden anschließend mit den Forschungsergebnissen verbunden. Allgemein könnten Bezüge zur Sozialisierung von Männern auf Erklärungen für die regionsspezifischen Suizidraten hinweisen. Zusammenfassend soll betont werden, dass nicht alleinig die Zugehörigkeit zum männlichen Geschlecht Suizidalität ‚fördert‘ und dies ‚angeboren‘ wäre. Eine bestimmte Sozialisation mit Werten, Eigenschaften und Einstellungen, die der so bezeichneten *traditionellen Männlichkeit* zugeschrieben werden, kann Suizidalität begünstigen. Bekannte Erklärungsansätze sind damit unter anderem die tödlich angewendeten Suizidmethoden, die nicht diagnostizierte und nicht behandelte depressive Erkrankung, vermehrtes Vorkommen von Suchterkrankungen, Veränderungen und Erschwernisse im Alter sowie die verspätete oder nicht vorhandene Hilfesuche und Hilfeannahme. Die Sozialisation eines Mannes scheint damit ein Erlernen von erwünschten und unerwünschten Verhaltensweisen zu enthalten, welche in weiterer Folge die Hilfeannahme in Krisen und Suizidalität beeinflusst.

3 Suizidprävention und psychosoziale Versorgung

Eine Studie von Łyszczarz (2021) setzte sich zum Ziel, die indirekten Kosten durch Suizide der 28 Staaten der Europäischen Union des Jahres 2015 zu erfassen. Die Ergebnisse zeigten, dass diese 9,07 Milliarden Euro ausmachten, pro Suizid waren dies 231.088€ und es betraf zu 71-91% Männer (vgl. Łyszczarz 2021: 1-10). Verdeutlicht wird dadurch, welches enormes wirtschaftliches Potential Suizidprävention beinhaltet. Bei Überlegungen zur Suizidprävention muss beachtet werden, dass Suizidalität nicht nur die eine Ursache hat. Außerdem gibt es verschiedenste beeinflussende Bedingungen, wie die psychosoziale, medizinische Versorgung, sozioökonomische Entwicklung, suizidpräventive Angebote, Medienberichterstattung und den Zugang zu Suizidmitteln (vgl. Fiedler/Müller-Pein 2020: 144). Prävention ist ziel- und zukunftsorientiert und bedeutet ein Zuvorkommen, bevor etwas passiert, das Verhindern, Vermindern oder Verzögern von unerwünschten Zustandsveränderungen (vgl. Papenkort 2008: 10-30). Dementsprechend kann die Intention von Suizidprävention folgendermaßen beschrieben werden:

„Ziel einer Suizidprävention ist die Verhütung der Umsetzung von Suizidideen in eine suizidale Handlung. Dazu bedarf es des Zeitgewinnes und der optimalen Hilfe/Therapie.“ (Wolfersdorf 2008a: 449)

Suizidprävention als psychogene oder somatische Prävention wird in unterschiedliche Ebenen eingeteilt. Es gibt die Einteilung in die Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention (vgl. Papenkort 2008: 26f.). Maßnahmen im Bereich der Primärprävention sind Öffentlichkeitsarbeit, verantwortungsbewusste Medienberichterstattung, Fortbildungen in medizinischen und psychosozialen Arbeitsbereichen, psychosoziale Angebote in Krisensituationen, Reduktion von Suizidmitteln sowie ein Fokus auf die psychosoziale Entwicklung von jungen Menschen. Diese Maßnahmen sollen dazu dienen, eine suizidpräventive Gesellschaft aufzubauen (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorfer 2022: 114ff.). Auf nationaler und internationaler Ebene müssen zusätzlich Risikogruppen für Suizidalität identifiziert werden und Suizidpräventionsprogramme, inklusive fachlich wissenschaftlicher Programme, installiert werden (vgl. Wolfersdorf 2008b: 1330; Wolfersdorf/Etzersdorfer 2022: 115f.). Ergänzend sollte auf personenbezogener Ebene das Erkennen von Suizidalität im Fokus stehen, z.B. durch Awareness Programme und Schulungen sowie eine Langzeitbehandlung bei Suizidalität (vgl. Wolfersdorf 2008b: 1330; Wolfersdorf/Etzersdorfer 2022: 116). Betont wird der Ausbau der psychologisch-psychiatrischen Angebote (vgl. Bronisch 1995: 93) und eine notwendige soziale Infrastrukturpolitik im Bereich der Primärprävention (vgl. Grunwald/Thiersch 2016: 43). In Bezug auf eine primäre Suizidprävention im Alter gehören die Überarbeitung von übertrieben positiven Altersbildern und der Fokus auf tatsächliche Kompetenzen dazu (vgl. Erlemeier/Sperling 2014: 10-17). Suizidalität im Alter darf nicht

eine nachvollziehbare Lebensbilanz unterstellt und ein Lebenssinn im Alter abgesprochen werden (vgl. Brückner 2021: 172). Im Rahmen der Primärprävention (vgl. Bronisch 1995: 93) und weitergehend der Sekundärprävention, sollen suizidale Handlungen verhindert werden (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorfer 2022: 115). Entsprechend liegt der Fokus der Sekundärprävention im Identifizieren und Abschwächen von Belastungen und Risiken (vgl. Grunwald/Thiersch 2016: 43). Tertiärprävention soll dem Wiederauftreten von Suizidalität durch Hilfe, in Bezug auf Grunderkrankungen und Krisen, entgegenwirken (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorfer 2022: 115).

Die allgemeine präventive Beschäftigung mit Suizidalität und Hilfsangeboten findet sich ebenfalls unter den Bezeichnungen *generelle und indirekte Prävention* (vgl. Gerngroß 2020a: 4). Differenziert werden kann die generelle Prävention durch Maßnahmen, damit Menschen besser mit Krisen umgehen können, z.B. durch Verbesserung von Arbeitsbedingungen und dem Zusammenleben. Indirekte Prävention fokussiert vermehrt die Risikogruppen für Suizidalität (vgl. Sonneck et al. 2016: 298f.). Unter direkter Suizidprävention wird das Aussprechen eines Hilfsangebots bezeichnet (vgl. Gerngroß 2020a: 4). Sie richtet sich speziell an suizidgefährdete Menschen, z.B. durch Postvention (vgl. Sonneck et al. 2016: 299). *Suizidprävention Austria* richtete beispielsweise im Jahr 2022 eine Arbeitsgruppe zum Thema Postvention ein (vgl. BMSGPK 2023: 18).

Suizidprävention kann, mit der Ausrichtung von Angeboten auf die Gesamtbevölkerung oder auf Risikogruppen, den Gesundheitswissenschaften und Public Health zugeordnet werden. Die allgemeine Zielsetzung ist mehr Lebensqualität und eine längere Lebenszeit (vgl. Franzkowiak 2006: 123). Ein Konsens besteht darin, dass suizidale Handlungen nicht vollkommen verhindert werden können (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorfer 2022: 110).

3.1 Suizidprävention in Österreich

Die zentralen Ziele der 1960 gegründeten *International Association for Suicide Prevention* (2023b) sind die Verringerung der weltweiten Suizidraten durch Prävention sowie das Abmildern der Folgen von suizidalen Verhalten. Der Fokus liegt auf weltweiten Kooperationen und Förderungen von wirksamen Maßnahmen der Suizidprävention. Im Jahr 2023 wurde ein Aktionsplan für Maßnahmen im Bereich der psychischen Gesundheit vorgelegt, in dem die Prävention von Depressionen und die Suizidprävention als Leitinitiativen angegeben wurden (vgl. Europäische Kommission 2023: 8). Im Jahr 2024 sollen Leitlinien für die Gestaltung von Suizidprävention im Erwachsenenalter im deutschsprachigen Raum veröffentlicht werden (vgl. Schneider et al. 2022: 65).

Die Förderung der psychosozialen Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen wurde als Gesundheitsziel in Österreich formuliert, um die Anzahl von gesunden Lebensjahren aller in Österreich lebender Menschen zu erhöhen (vgl. BMGF 2017: 5). Benannt werden zur Erreichung dieses Zieles die Stärkung der Lebenskompetenzen, Maßnahmen der Gewalt-, Sucht- sowie Suizidprävention und Wissensvermittlung sowie Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen (vgl. ebd.: 47ff.).

Die Zuständigkeit der *Österreichischen Gesellschaft für Suizidprävention* (2024a) ist die Förderung von Suizidprävention und Suizidforschung, beispielsweise werden Präventionsprogramme und Fortbildungen durchgeführt. Das wissenschaftliche *Fachjournal Suizidprophylaxe* wird gemeinsam mit der *Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention* veröffentlicht. Seit dem Jahr 2014 erscheint einmal im Jahr ein Bericht *Suizid und Suizidprävention in Österreich* mit den Daten zu Suizidalität in Österreich und verschiedenen Schwerpunktthemen.

In vielen Ländern gibt es nationale Suizidpräventionsprogramme. In Österreich startete *Suizidprävention Austria* im Jahr 2012, mit Einrichtung der Koordinationsstelle für Suizidprävention bei der Gesundheit Österreich GmbH (vgl. BMASGK 2019: 9). Von der Initiative der EU-Kommission *Joint Action ImpleMENTAL* wurde *Suizidprävention Austria* zum Best-Practice-Modell gekürt (vgl. BMSGPK 2022: 18). Im Fokus steht die Umsetzung von suizidpräventiven Maßnahmen anhand von 18 Zielen und 70 Maßnahmen auf Länder- und Bundesebene im Rahmen von sechs Säulen:

- Koordination und Organisation
- Unterstützung und Behandlung
- Restriktion der Suizidmittel
- Bewusstsein und Wissen
- Einbettung in Prävention und Gesundheitsförderung
- Qualitätssicherung und Expertise (vgl. BMASGK 2019: 10f).

Die Säule *Koordination und Organisation* umfasst auf Länderebene eine formelle Zuständigkeit auf Verwaltungsebene und auf Bundesebene die Erweiterung der *Suizidprävention Austria*-Koordinationsstelle. Der niederschwellige Zugang zu Hilfsangeboten und die Einrichtung einer (nationalen) rund um die Uhr erreichbaren Krisentelefonnummer sind zentrale Ziele im Rahmen der zweiten Säule *Unterstützung und Behandlung*. Außerdem gehört dazu die Schulung von Gatekeepern – Personen, die möglicherweise mit suizidgefährdeten Personen zu tun haben (z.B. Polizei, Ärzt*innen). Eine besonders wirkungsvolle Suizidprävention ist die Restriktion von Suizidmitteln durch Arzneimittelsicherheit und die angestrebte Zielsetzung, Orte, an denen häufiger Suizide passieren, abzusichern. Die vierte Säule *Bewusstsein und Wissen* beinhaltet eine suizidpräventive Medienberichterstattung und die Wissensvermittlung in der Allgemeinbevölkerung. Die *Einbettung in Prävention und Gesundheitsförderung* als fünfte Säule beinhaltet unter anderem den Ausbau von

schulischer Präventionsarbeit und die sechste Säule *Qualitätssicherung und Expertise* umfasst das Bestehen einer Arbeitsgruppe sowie das Einhalten diverser Qualitätsstandards der *Suizidprävention Austria* (vgl. ebd.: 10-16). Als Rahmenbedingungen werden folgende Aspekte zusammengefasst:

„Diese reichen von einer qualitativ hochwertigen und quantitativ ausreichenden verfügbaren psychosozialen Versorgung bis zur Entstigmatisierung des Themas psychische Gesundheit und Krankheit, von einer inklusiven Gesellschaft bis zur Förderung der Suizid(präventions)forschung.“ (ebd.: 17)

Im Jahr 2021 wurde von der *World Health Organization* der Leitfaden *LIVE LIFE* für die Implementierung von Suizidpräventionsstrategien sowie zur Überarbeitung bestehender Angebote herausgegeben. Der Leitfaden umfasst unterschiedliche Beispiele aus der ganzen Welt und Ratschläge für Suizidpräventionsstrategien. Im Vordergrund stehen die Erhebung nationaler und regionaler Gegebenheiten, die sektorübergreifende Zusammenarbeit mit verschiedensten Beteiligten, die Sensibilisierung sowie Wissensvermittlung zum Thema Suizidalität in der Öffentlichkeit und der Kapazitätsaufbau für schulende Maßnahmen unterschiedlicher Berufsgruppen. Außerdem enthält der Leitfaden Anregungen zur Finanzierung von Suizidpräventionsprojekten und betont die Notwendigkeit von hochwertigen statistischen Daten sowie die Evaluierung der Suizidpräventionsstrategien. Ergänzend zu den Zielsetzungen von *Suizidprävention Austria* werden im Leitfaden besonders die Früherkennung und Postvention, der Umgang mit Überlebenden nach einem Suizidversuch sowie Hinterbliebenen nach einem Suizid als wichtige Interventionen der Suizidprävention hervorgehoben (vgl. World Health Organization 2021: 5f.). Österreich wird positiv in Bezug auf den *Papageno-Medien Preis* erwähnt, mit dem jährlich ein Medienbeitrag zum Thema Suizidalität ausgezeichnet wird (vgl. ebd.: 65).

Wird die Suizidprävention in den Bundesländern Österreichs betrachtet, ergibt sich ein sehr differenziertes Bild, welches nun überblicksmäßig dargestellt werden soll. Wie bereits im Unterkapitel der Epidemiologie ab Seite 18 abgebildet wurde, haben Kärnten und die Steiermark die höchsten Suizidraten. Aufgrund dessen entstand im Jahr 2011 das durch den Gesundheitsfonds des Landes Steiermark finanzierte Projekt *GO-ON Suizidprävention Steiermark* (2024a) mit dem Träger der *Psychosozialen Dienste Steiermark – Dachverband der sozialpsychiatrischen Vereine und Gesellschaften*. Seit 2020 gibt es in allen Bezirken der Steiermark kostenfreie, präventive Angebote für alle Berufs- und Bevölkerungsgruppen. Der Schwerpunkt liegt auf der Wissensvermittlung zum Thema Suizidalität und zu Hilfsangeboten, zum Beispiel durch Vorträge, Workshops oder Pressemitteilungen. Zusätzlich gibt es in Graz das Angebot *WEiL – Weiter im Leben* (2024), welches sich mit Vorträgen, Online-Beratung und Peer Group Education an junge suizidgefährdete Personen und deren Angehörige richtet. Auch das *Institut für Suizidprävention Graz* (2024) ist an der Weiterbildung, Vernetzung und Weiterentwicklung von Maßnahmen

der Suizidprävention beteiligt. Seit dem Jahr 2018 ist *SUPRA*¹⁰ *Kärnten* als Koordinationsstelle im Sinne einer Vernetzungsplattform mit Schulungen und Vorträgen in Gemeinden und bei Multiplikator*innen tätig. Eine Besonderheit in Kärnten ist die Einrichtung einer eigenen Suiziddatenbank (vgl. Gesundheitsland Kärnten 2024a). *SUPRA Salzburg* gibt es seit dem Jahr 2018 als Vernetzungs- und Organisationsplattform für Gatekeeper-Schulungen sowie Informationen über Hilfsangebote, auch Seminare für die Allgemeinbevölkerung werden veranstaltet (vgl. Land Salzburg 2024). In Vorarlberg wurde *SUPRO – Gesundheitsförderung und Prävention* (2024) als erste Suchtpräventionsstelle Österreichs im Jahr 2015 durch Angebote der Suizidprävention ergänzt und bietet dazu Schulungen für Multiplikator*innen an. Im Jahr 2022 startete *SUPRA Oberösterreich* (vgl. Land Oberösterreich 2024). Neben der primären Tätigkeit eines Hilfsangebots übernimmt die *Krisenhilfe Oberösterreich* (2024) teilweise Bereiche der Suizidprävention, wie Informationen auf der Website und Fachtagungen zum Thema Suizidalität. Das *Kriseninterventionszentrum Wien* (2024a) übernimmt teilweise suizidpräventive Tätigkeiten, z.B. Angebote von Fortbildungen für Fachpersonen. Zusätzlich gibt es die *Wiener Werkstätte for Suicide Research* (2024). In Tirol, Niederösterreich und im Burgenland findet sich noch keine eigene Zuständigkeit für die Suizidprävention im jeweiligen Bundesland, es gibt jedoch Vertreter*innen im Gremium von *Suizidprävention Austria*.

Schulische Suizidprävention wird in den einzelnen Bundesländern mit Projekten, wie *Lebenswert* (2024) in Vorarlberg, umgesetzt. Außerdem ist Suizidprävention oft Teil von Präventionsprojekten zur psychischen Gesundheit oder Suchtprävention, wie das Schulprojekt *Verrückt? Na und!* (2024) in der Steiermark, Salzburg und Vorarlberg oder das Präventionsprogramm *Psychisch fit studieren* (2024) an Universitäten und Fachhochschulen in der Steiermark. *GO-ON Suizidprävention Steiermark* (2024a) bietet ebenfalls Schulworkshops an. In Kooperation mit *VIVID – der Fachstelle für Suchtprävention* (2024) wird im Rahmen des Präventionsprogramms *plus* ein Zusatzmodul zur Suizidprävention für Schüler*innen der 5. bis 8. Schulstufe in der Steiermark angeboten. *Plus* (2024) ist das österreichische Präventionsprogramm, in dem Lehrpersonen in den Bereichen Sucht und allgemein Prävention geschult werden und mit Schüler*innen zu verschiedensten Themen präventiv arbeiten. In Kärnten wurde speziell für junge Menschen die Website *Wir helfen dir* (2024) entwickelt, die zur Vermittlung von Hilfsangeboten dient und schnelle Tipps bei unterschiedlichen Problemlagen bietet. Zusätzlich werden in Kooperation mit *pro mente Kärnten* Schulworkshops zur Suizidprävention angeboten (vgl. Gesundheitsland Kärnten 2024b). Im Projekt *Youth Aware of Mental Health* (2024) gibt es Angebote zu den Themen Depression und Suizidalität für Lehrpersonen und Schüler*innen in Tirol.

10 Suizidprävention Austria

Über *pro mente Austria* (2024a) gibt es in ganz Österreich Angebote zum Thema psychische Gesundheit z.B. die Seminare *Erste Hilfe für die Seele*. In mehreren Bundesländern gibt es Angebote vom *Bündnis gegen Depression* (2024) mit Vorträgen über Depressionen und Suizidalität. Österreichweit gibt es außerdem die beiden Websites *bittelebe* (2024), die sich vor allem an junge Menschen richtet, und den Verein *Bleib bei uns* (2024). Geboten werden auf den jeweiligen Websites Informationen, unter anderem in Form von Videos, über Suizidalität und den Umgang damit. Vor allem rund um den Weltsuizidpräventionstag am 10. September gibt es Medienberichte zum Thema Suizidalität und es finden verschiedenste Veranstaltungen und regelmäßige Tagungen zum Thema Suizidprävention in den einzelnen Bundesländern statt.

3.2 Psychosoziale Versorgungslandschaft in Österreich

Überblicksmäßig gibt es folgende psychosoziale Angebote: akutpsychiatrische Stationen, stationäre Psychotherapie, Tageskliniken, Reha-Einrichtungen und Hilfen im ambulanten Bereich, z.B. Psychotherapeut*innen und Fachärzt*innen für Psychiatrie (vgl. Frasl 2022: 52). In Österreich gibt es in den Landeskrankenhäusern Ambulanzen für Psychiatrie und psychiatrische Abteilungen oder eigene psychiatrische Krankenhäuser. In Wien, Oberösterreich und Salzburg gibt es Kriseninterventionszentren. Außerdem sind regionale psychosoziale Beratungsstellen, psychosoziale Zentren oder Beratungszentren von verschiedenen Anbietern vorhanden (vgl. Sonneck et al. 2016: 319-325), beispielsweise über *die Gesellschaft zur Förderung seelischer Gesundheit* (2024), *Rettet das Kind* (2024), *Psychosoziale Zentren* (2024), *Hilfswerk* (2024), *pro mente Austria* (2024b) oder *das Psychosoziale Netzwerk* (2024). Zunehmend werden in Österreich Primärversorgungseinrichtungen etabliert, bei denen Fachpersonen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich zusammenarbeiten und sich ergänzen (vgl. BMSGPK 2024a). Außerdem gibt es Kriseninterventions-teams, z.B. über das *Österreichische Rote Kreuz* (2024) oder das *AKUTeam Niederösterreich* (2024). Auch Selbsthilfegruppen haben sich etabliert, unter anderem *Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter* (2024) oder die *Achterbahn* in der Steiermark (2024). Eine Übersicht zu Selbsthilfegruppen zu verschiedensten Themen findet sich in der *Österreichischen Kompetenz- und Servicestelle für Selbsthilfe* (2024). Selbsthilfegruppen für Hinterbliebene und Angehörige nach Suizid gibt es in mehreren Bundesländern. Die Anlaufstellen sind auf der Website der *Österreichischen Gesellschaft für Suizidprävention* (2024b) zu finden. Ein spezifisches Hilfsangebot für suizidgefährdete Personen ist das *Kurzprogramm nach einem Suizidversuch* (vgl. Gysin-Maillart/Michel 2021), welches es auch in der Steiermark gibt.

Entsprechend der im Vordergrund stehenden Zielgruppe dieser Forschung werden nun ausgewählte mÄnnerspezifische Initiativen und Angebote in Österreich dargestellt: Das *Institut für Männer- und Geschlechterforschung* (2024) unternimmt verschiedenste Forschungen rund um die Themen Männlichkeit, Intersektionale sowie Gender Analysen. Im Jahr 2019 wurde gemeinsam mit der Männerberatung Steiermark ein Projekt durchgeführt, bei dem der Bedarf und Empfehlungen für Gesundheitsförderung von Männern in der Steiermark festgestellt werden sollten. Erfasst wurden verschiedenste Best-Practice Beispiele in unterschiedlichen Regionen (vgl. Kirchengast/Scambor 2019: 3-7). In Bezug auf die Suizidraten von Männern werden zielgruppenspezifische Angebote, aufsuchende Arbeit und die Veränderung hin zu alternativen Männlichkeitsbildern gefordert (vgl. ebd.: 67ff.). Der *Verein für Männer- und Geschlechterthemen Steiermark* (2024) betreibt verschiedene Fachstellen und Angebote. Kritisch werden dabei Rollenbilder und Geschlechterverhältnisse betrachtet.

Im Jahr 2017 wurde der dritte Männerbericht zum aktuellen Stand von Männern in verschiedenen Lebensbereichen in Österreich veröffentlicht. Neben den Themen Arbeit, Bildung und Gewalt wird auch Suizidalität von Männern kurz beschrieben (vgl. BMASKS 2017: 80f.). Die Männergesundheitsberichte verweisen auf die notwendige Förderung der Gesundheit von Männern. Beispielsweise sollen vor allem die Bereiche Abhängigkeiten und Depressionen beachtet werden (vgl. Waidhofer 2015: 93). Der *Dachverband für Männer-, Burschen-, und Väterarbeit in Österreich* (2024) vertritt politische Interessen, sieht sich als Sprachrohr und bringt entsprechende Themen und Wissen in die Öffentlichkeit ein. Eingetreten wird für Geschlechtervielfalt sowie soziale Gerechtigkeit. Frauen werden ebenfalls unterstützt.

MEN (2024) ist ein Gesundheitszentrum für Männer und Burschen und bietet Unterstützung und Beratungen bei körperlichen und seelischen Problemen, Fortbildungen, Workshops, Gruppenangebote und Projekte an. Männer-spezifische Hilfsangebote, die rund um die Uhr erreichbar sind, sind der *Männernotruf* (2024), welcher per Mail und telefonisch erreichbar ist und die *MÄNNERINFO* (2024). Diese bietet neben telefonischer Krisenberatung eine Übersicht zu den Männerberatungsstellen in Österreich. Die *MÄNNERINFO* verzeichnet ca. 230 Beratungen pro Jahr, die Tendenz ist steigend. Häufige Themen sind Entlastung, Partnerschaft, Gewalt und psychische Probleme (vgl. Sagerschnig/Pichler/Grabenhofer-Eggerth 2023: 5f.). Männerberatungsstellen bieten Beratung und Behandlung im Kontext von verschiedenen Themen an, z.B. Gewalt, Scheidung, Arbeitslosigkeit und Sucht (vgl. Waidhofer 2016: 139). Das *Kriseninterventionszentrum Wien* (2024b) betreibt die Website *väter-in-krisen.at* und versucht dadurch, Männer über ihre Vaterrolle zu erreichen. Zusätzlich gibt es die Website *Papainfo* (2024), welche Informationen für (werdende) Väter bietet. Der Anhang enthält eine Tabelle mit telefonischen Hilfsmöglichkeiten in Österreich.

Mit Blick über die Landesgrenzen von Österreich hinweg soll auf ausgewählte, empfehlenswerte Initiativen mit dem Fokus auf Männer verwiesen werden: Der *Dachverband Schweizer Männer- & Väterorganisationen* (2024) bündelt verschiedenste Informationen für Männer und führt interessante Kampagnen durch. In Deutschland soll auf den Forschungsverbund *MEN ACCESS* verwiesen werden, welcher zwei Online-Angebote zur Suizidprävention bei Männern entwickelt hat; eine Website für Männer in Krisen und ein E-Learning Programm für Angehörige von Männern mit Suizidrisiko (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2024). Ein aktuelles Modellvorhaben zur Reduzierung von Einsamkeit im Alter sind die für Männer ab 50 Jahren initiierten *Männerschuppen* (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2024). Eine ansprechende Website ist *HEADSUPGUYS* (2024) aus Vancouver, mit Erklärungen zu Depressionen bei Männern, Selbstfürsorge und vielseitigen Informationen für Männer und deren Angehörige.

4 Zwischenresümee

Durch die dargestellten theoretischen Bezüge wird Suizidalität als aktuelle, komplexe und globale Herausforderung ersichtlich. Die ausgewählten Erklärungsansätze für Suizidalität verweisen auf ein vielfältiges Bemühen, das Phänomen Suizidalität fassbar und erklärbar zu machen. Die Epidemiologie begründet den Forschungsschwerpunkt und verdeutlicht die Aktualität der Thematik Suizidalität in Österreich sowie die Notwendigkeit einer intensiveren Beschäftigung mit Suizidalität von Männern. Neben der allgemein höheren Suizidrate von Männern zeigen sich in der Statistik regionale Unterschiede für die Suizidraten. Erklärt wird durch die statistischen Daten die Steiermark als Forschungsfeld und die Auswahl der Bezirke Murau sowie Murtal als exemplarische Bezirke für die Erhebungsphase der vorliegenden qualitativen Forschung. Aus dem aktuellen Fachdiskurs wurden Erklärungsansätze für die hohe Suizidrate von Männern auszugsweise dargestellt; die tödlichen Suizidmethoden, hohe Suizidraten aufgrund Einschränkungen und Herausforderungen im Alter, nicht behandelte depressive Erkrankungen oder Suchtabhängigkeiten sowie die männliche Sozialisation, z.B. in Bezug auf das Hilfesuchverhalten. Die Darstellungen aktueller Bemühungen im Rahmen der Suizidprävention und psychosozialen Versorgung in Österreich bilden eine sehr unterschiedliche Angebotslandschaft mit wenig Schwerpunkten auf das männliche Geschlecht ab. Die Theorie verdeutlicht, dass es unterschiedliche Bezüge zu suizidalem Verhalten gibt und verschiedene Komponenten die hohe Suizidrate von Männern bedingen. Möglicherweise braucht es deswegen auch unterschiedliche Zugänge im Verstehen und der Gestaltung von Suizidprävention und Hilfe in Krisen für Männer. Nach diesem Hintergrund verfolgt die vorliegende Publikation das Ziel, neue Erkenntnisse zu diesem Forschungsschwerpunkt zu präsentieren. Im nächsten Abschnitt wird dementsprechend der Forschungsprozess, mit den verwendeten Erhebungs- sowie Auswertungsmethoden, transparent abgebildet.

QUALITATIVER FORSCHUNGSPROZESS UND METHODEN

Im folgenden Abschnitt wird der qualitative Forschungsprozess dargestellt. Dabei werden im ersten Teil die Forschungsfragen beschrieben und anschließend wird auf die Methodik und Durchführung der Datenerhebung eingegangen. Im Kapitel der Datenauswertung wird die Beschreibung der Methodologie mit den Vorgehensweisen in der Auswertung ergänzt. Dies passiert in Abstimmung vorgegebener Qualitätskriterien der angewandten Auswertungsmethode der *Reflexiven Grounded Theory Methodologie*, die eine transparente Darstellung des Forschungsprozesses und der Entstehung der Ergebnisse verlangt (vgl. Corbin/Strauss 1990: 425f.). Die Intention dabei ist, die Erkenntnisprozesse im Sinne der Intersubjektivität nachvollziehbar zu machen und in Bezug zur internen Validität auf die Überprüfbarkeit in der qualitativen Forschung zu achten (vgl. Kruse 2015: 55).

5 Forschungsfragen

Im Zentrum des Forschungsinteresses stand die Beforschung weiterführender Überlegungen einer gendersensiblen Suizidprävention und Hilfe in Krisen mit dem Fokus auf Männer. Betrachtet wurden zusätzlich der Umgang mit Krisen und mögliche Protektivfaktoren von Männern in Krisen. Bei allen Forschungsfragen zeigt sich die Fokussierung auf sich als Mann definierende Personen. Das Forschungsvorhaben orientiert sich an folgenden Forschungsfragen:

- *Welche Erklärungsansätze für die hohe Suizidrate von Männern führen die interviewten Männer an?*
Diese Forschungsfrage dient dem Erfassen von geäußerten Erklärungen der interviewten Männer zu möglichen Hintergründen von Krisenverlauf und Krisenbewältigung bis hin zu Suizidalität von Männern.
- *Wie können Maßnahmen der Suizidprävention für Männer im ländlichen Gebiet, am Beispiel der Bezirke Murau und Murtal, aussehen?*
Das Forschungsfeld wird mit dieser Forschungsfrage auf das ländliche Gebiet der Regionen Murau und Murtal begrenzt. Die Erklärungen für die Wahl des Forschungsfeldes finden sich in den Unterkapiteln *Epidemiologie* auf Seite 25 und im *Theoretical Sampling* auf Seite 58. Erforscht werden sollen Ansätze oder Hinweise auf die Gestaltung einer Suizidprävention, die den Fokus auf das Erreichen ihrer Angebote von Männern legt.

- *Wie muss Hilfe gestaltet sein, damit sie von Männern in Krisen angenommen wird?*

Durch die dritte Forschungsfrage wird eine Differenzierung von Suizidprävention und Hilfe in der Datenerhebung sowie Datenauswertung vorgenommen. Mit dieser Forschungsfrage soll die Gestaltung von Hilfe für Männer in Krisen erforscht und somit mögliche Hinweise für eine erleichterte Hilfesuche und/oder Hilfeannahme festgestellt werden.

- *Welche Protektivfaktoren sind für Männer für die Bewältigung langanhaltender Krisen, am Beispiel der COVID-19-Pandemie, relevant?*

Mit dieser Forschungsfrage soll der Fokus auf Protektivfaktoren in Krisen, einen Teilaspekt der Resilienz von Männern, gelegt werden. Dabei wird mit den langanhaltenden Krisen der Schwerpunkt auf eine spezielle Form von Krisen gelegt. Es wird ein Bezug zu der Zeit, in der diese Forschung entstand, hergestellt. Die COVID-19-Pandemie von Jänner 2020 bis Mai 2023 stellt ein gutes Beispiel für eine langanhaltende Krise dar und wird somit als Erfahrungsraum, den alle Menschen zu dieser Zeit erlebt haben, genützt.

Weitere Forschungsfragen, die einen spezifischen Blick in der Auswertung erforderten:

- *Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede ergeben sich bei den interviewten Fachpersonen und Männern zu Vorstellungen von Suizidprävention und Hilfe in Krisen für Männer?*

Das Forschungsinteresse bezieht sich auf den Vergleich der Äußerungen von Fachpersonen und Männern zu den beforschten Themengebieten. Mögliche Diskrepanzen in den Vorstellungen können einen Anstoß für einen notwendigen Austausch und Abgleich dieser geben. Gemeinsamkeiten können bestätigend für eine Weiterentwicklung der Suizidprävention und Hilfe in Krisen für Männer wirken.

- *Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Vorstellungen zu Suizidalität und Hilfe in Krisen können bei Männern in den Alterskohorten 24 bis 30 Jahren, 40 bis 60 Jahren und 70 bis 90 Jahren festgestellt werden?*

Auch diese Forschungsfrage weist einen vergleichenden Charakter auf und nimmt dabei drei verschiedene Altersgruppen aus dem frühen, mittleren und höheren Erwachsenenalter in den Blick. Das Lebensalter soll als ein möglicherweise relevantes Kriterium betrachtet werden und eine mögliche Differenzierung der Suizidprävention und Hilfe in Krisen für Männer erfolgen.

Die folgenden Kapitel skizzieren den Verlauf des Forschungsprozesses zur Beantwortung dieser Fragestellungen:

6 Methodik und Durchführung der Datenerhebung

Die Forschungsfragen legen aufgrund ihrer explorativen Ausrichtung einen qualitativen Zugang nahe und bestimmen damit die Methodenwahl, um eine Beantwortung der Forschungsfragen zu erreichen (vgl. Reichertz 2020: 22). Die Forschung gliedert sich zur Beantwortung der Forschungsfragen in zwei empirische Elemente: Es wurden 15 offene Leitfadeninterviews mit Männern aus den steirischen Bezirken Murau und Murtal sowie 12 leitfadengestützte Expert*inneninterviews geführt. Erhebung und Auswertung erfolgten im Sinne der Auswertungsmethode der *Reflexiven Grounded Theory Methodologie* parallel (vgl. Przyborski/Wohlrab-Sahr 2021: 247). In den nächsten Unterkapiteln werden die verwendeten Erhebungsmethoden beschrieben. Dazu werden ihre Methodik, die jeweilige Durchführung der Interviews und das Theoretical Sampling dargestellt.

6.1 Offene Leitfadeninterviews mit Männern

Die teilstandardisierte Interviewform bot für die Interviews mit Männern aus den beforschten Regionen die Möglichkeit, offene Erzählaufforderungen mit konkreten Nachfragen zu verbinden. Przyborski/Wohlrab-Sahr (2021) betonen die Bedeutung einer narrativen Einstiegsfrage. Diese ermöglicht mit einem erzählenden oder beschreibenden Charakter den Einstieg in das Interview aus Sicht der interviewten Person zum befragten Themenbereich. Bezugnehmend auf deren Beantwortung sollen weitere Fragen gestellt und so zu einer spezifischen Beantwortung von interessierenden Themen gekommen werden (vgl. Przyborski/Wohlrab-Sahr 2021: 166). Auf diese offene Gestaltung des Interviewleitfadens wurde besonders geachtet und erzählgenerierende Fragestellungen zu den einzelnen Themenabschnitten an den Beginn gestellt.

In Anlehnung an Merton et al. (1956) führen Przyborski/Wohlrab-Sahr (2021) die folgenden Kriterien für Leitfadeninterviews an: Offenheit, Spezifität sowie Kontextualität und Relevanz (vgl. Przyborski/Wohlrab-Sahr 2021: 166f.). Auf die Einhaltung dieser Kriterien wurde in der Erstellung des offenen Leitfadens geachtet. Trotz des vorher erarbeiteten systematischen Interviewleitfadens ist die flexible Handhabung dessen beim Interview unerlässlich, es muss auf die Äußerungen der Interviewpersonen eingegangen und eine gesprächsfördernde Atmosphäre geschaffen werden. Die Fragen sollen frei formuliert und nicht vom Leitfaden abgelesen werden (vgl. ebd.: 168ff.). Hinsichtlich gesprächsanregender Fragestellungen wird empfohlen, eine möglichst vertrauensfördernde Interviewsituation zu gestalten und sich dazu am Sprachstil im Feld zu orientieren sowie Körperhaltung und Empathie

diesbezüglich auszurichten (vgl. Strübing 2013: 93f.): „Die Qualität eines Leitfadenterviews hängt also weniger von der Güte des Leitfadens als von seiner kompetenten Handhabung ab.“ (ebd.: 94)

6.1.1 Durchführung der offenen Leitfadenterviews

Die Kontaktaufnahme zu potenziellen, sich als Mann definierenden Interviewpersonen passierte in einem persönlichen Gespräch oder telefonisch. Die Akquirierung der Männer erfolgte über mehrere Zugänge:

- Der Feldzugang erfolgte über eine persönliche Ansprache von Männern.
- Verschiedenste Personen wurden über das Forschungsvorhaben informiert und fragten bei Männern nach, die für ein Interview geeignet sein könnten.
- Fachpersonen, die mit Männern in Krisen arbeiten und Mitarbeiter*innen von Suizidpräventionsprojekten empfahlen Männer für ein Interview.
- Bei Vorträgen und Workshops im Rahmen meiner Arbeitstätigkeit in der Suizidprävention wurde auf das Forschungsvorhaben aufmerksam gemacht und eine Interviewteilnahme angeboten.
- Bereits interviewte Männer verwiesen auf weitere mögliche Interviewpersonen.

Der Erhebungszeitraum erstreckte sich über den Zeitraum von März 2022 bis Jänner 2023. In diesem Forschungsvorhaben wurde der Anspruch verfolgt, nicht über oder für die Männer zu forschen, sondern die Meinungen und Vorstellungen der Männer selbst abzubilden. Denn wo die Probleme sind (in diesem Forschungsvorhaben definiert als die hohe Suizidrate von Männern), sind oft die Lösungen zu finden. Aus diesem Grund wurde mit den offenen Leitfadenterviews mit Männern die Erhebungsphase gestartet und erst nach zehn Interviews mit Männern wurden die ersten Expert*inneninterviews geführt. Insgesamt fanden 15 Interviews mit Männern statt. Weitere Details zum Theoretical Sampling finden sich auf der Seite 58.

Vor dem geplanten Interview gab es einen persönlichen Kontakt oder ein Telefonat, bei dem die Männer über die Hintergründe und Rahmenbedingungen des Interviews aufgeklärt wurden. Das offene Leitfadenterview erfolgte persönlich an einem Ort, den die Männer selbst auswählten. Angeboten wurden den Interviewpersonen folgende Örtlichkeiten: in meinen Büroräumlichkeiten, bei ihnen zu Hause oder in Räumlichkeiten des Roten Kreuzes. Manche Interviews wurden im Freien geführt. Die Interviews dauerten zwischen 25 Minuten und 1,5 Stunden. Am Beginn des Interviews wurden das Forschungsvorhaben sowie dessen Zielsetzungen und die Rahmenbedingungen vorgestellt. Die Interviewpersonen wurden darauf hingewiesen, während dem

Interview gut auf sich zu achten, weil Krisen und Suizidalität sehr sensible Themen sind. Außerdem wurden sie darüber informiert, dass das Interview jederzeit abgebrochen werden kann und nicht alle Fragen beantwortet werden müssen. Zusätzlich erfolgte eine Aufklärung über Datenschutzrichtlinien und die zu erfolgende Anonymisierung des Datenmaterials. Die interviewten Männer stimmten der Tonbandaufzeichnung zu; die Zustimmung ist auf der Aufzeichnung vermerkt. Ersichtlich sind bei den offenen Leitfadenterviews mit Männern nur mehr ihre Einteilung in die jeweiligen Altersgruppen, alle anderen personenbezogenen Daten wurden anonymisiert.

Die Interviews wurden so gestaltet, dass zwei Sessel im rechten Winkel zu einem Tisch platziert wurden und der interviewte Mann sich den Platz aussuchen konnte. Bei den Interviews im Wohnbereich der Männer setzte ich mich auf den zugewiesenen Platz. Getränke und Snacks wurden vorbereitet und es wurde versucht, für eine ungestörte Interviewsituation zu sorgen. Vor dem Interview wurde den Männern erklärt, dass es vorbereitete Fragen gibt und möglicherweise ein paar Nachfragen gestellt werden. Sie wurden eingeladen, offen zu den gestellten Fragen zu erzählen. Ich nahm mich bei den Interviews stark zurück und bemühte mich, die Männer erzählen zu lassen, sie nicht zu unterbrechen und längere Pausen abzuwarten.

Im Anschluss an das Interview wurden Fragen der Männer beantwortet und für dieses Nachgespräch ausreichend Zeit eingeplant. Öfter kamen Fragen über Suizidalität vor, es wurde Wissen über Suizidalität weitergegeben und über telefonische Hilfsangebote oder Hilfsangebote in der Region aufgeklärt. Folder zu den Themenbereichen wurden bei Bedarf weitergegeben. Auf eine gute psychische Verfassung am Ende des Treffens wurde geachtet. Die Möglichkeit wurde gegeben, dass sich die Männer in Bezug auf das Interview bei mir telefonisch melden können. Demzufolge meldeten sich manche Männer Tage oder Wochen nach dem Interview und wollten etwas ergänzen. Viele Männer bekundeten ihr Interesse an den Ergebnissen dieser Forschung und wollten darüber informiert werden. Im Sinne der Selbstfürsorge achte ich nach dem Interview gut auf mich selbst und führte je nach Bedarf Nachgespräche mit Kolleg*innen von *GO-ON Suizidprävention Steiermark*, mit Studienkolleg*innen der *Alpen-Adria-Universität Klagenfurt* oder machte Supervisionen.

Zu jedem Interview wurde ein Memo verfasst, in dem das Profil der interviewten Person, Anmerkungen zu den Rahmenbedingungen sowie Gedächtnisprotokolle vom Gespräch vor und nach Beendigung der Tonbandaufnahme vermerkt wurden. Auffälligkeiten zur Gesprächssituation wurden ebenfalls notiert. Überlegungen nach dem Transkribieren der Interviews sowie eine Reflexion zu meiner Person, hinsichtlich der Interviewführung, wurden in den Memos protokolliert. Angegeben wurden zusätzlich die Gründe, die zur Auswahl der Person für das Interview geführt haben.

6.1.2 Theoretical Sampling und Auswahl der interviewten Männer

Die Kriterien für die Auswahl der Männer für die offenen Leitfadeninterviews umfassten folgende obligatorische Kriterien:

Die interviewte Person musste

1. sich als Mann definieren,
2. ihren Wohnort im Bezirk Murau oder Murtal haben,
3. der Altersgruppe 24 bis 30 Jahren, 40 bis 60 Jahren oder 70 bis 90 Jahren zuordenbar sein.

Diese obligatorischen Kriterien werden im folgenden Abschnitt näher erklärt:

Ad 1.) Damit ist gemeint, dass sich die Person selbst dem männlichen Geschlecht zuordnen musste (siehe nähere Erklärungen dazu ab Seite 32).

Ad 2.) Das Forschungsfeld für die offenen Leitfadeninterviews mit Männern wurde mit Bezugnahme statistischer Daten der Statistik Austria ausgewählt. Wie auf der Seite 25 bereits ausführlich dargestellt, sind die Steiermark und Kärnten die Bundesländer Österreichs mit den höchsten Suizidraten. Für die offenen Leitfadeninterviews mit Männern wurden die steirischen Bezirke Murau und Murtal ausgewählt, die aufgrund ihrer hohen Suizidraten zu den *Hochrisikogebieten* für Suizidalität gehören (vgl. Watzka 2022: 131f.). Alle interviewten Männer hatten ihren Wohnort in einem dieser beiden Bezirke. Zu erwähnen ist, dass meistens beide Bezirke reale Lebenswelten der Männer darstellen, da Männer bereits in beiden Bezirken gewohnt haben, in einem Bezirk wohnen, aber im anderen arbeiten, oder das soziale Umfeld auf beide Bezirke verteilt ist. Diesbezüglich erscheint eine gemeinsame Auswertung der beiden Bezirke sinnvoll. An dieser Stelle ausgewählte Daten zu den beforschten Bezirken im Vergleich zu der Steiermark und Gesamtösterreich in Abb. 15:

Abb. 15: Daten zu den beforschten Bezirken im Österreichvergleich (Statistik Austria 2023, eig. Tabelle)

	Murau	Murtal	Steiermark	Österreich
Fläche	1.385 km ²	1.676 km ²	16.401 km ²	83.871 km ²
Einwohner 2023	27.314	71.675	1,243 Mill.	9,1 Mill.
Bevölkerungs- dichte 2023	20	43	77,2	108,6
Suizidraten Män- ner 2010-2019*	38,8	37,7	30,0	24,4

*Altersstandardisiert, Musterbevölkerung Eurostat 2013, Berechnung Watzka 2022: 201, 221

Ad 3.) Die Auswahl der Altersgruppen begründet sich in den hohen Suizidraten im mittleren, höheren und hohen Erwachsenenalter. Ab 40 Jahren erhöht sich insbesondere in den untersuchten Bezirken die Suizidrate. Nach einer Verringerung der Suizidraten zwischen 60 und 70 Jahren steigt die Suizidrate insbesondere in der Steiermark, im Vergleich zu Restösterreich, ab dem 70. Lebensjahr massiv an (vgl. Statistik Austria 2021). Am Anfang der Forschung waren nur Interviews mit Männern in den Altersgruppen 40 bis 60 Jahren und 70 bis 90 Jahren geplant. Da aber in vielen Interviews mit Männern darauf hingewiesen wurde, dass junge Männer besser mit Krisen umgehen können, wurde diesem Hinweis nachgegangen und zusätzlich Interviews mit Männern aus dem frühen Erwachsenenalter, im Alter von 24 bis 30 Jahren, geführt.

Im Sinne der Auswertungsmethode der *Reflexiven Grounded Theory Methodologie* passierten Datenerhebung und Datenauswertung parallel (vgl. Przyborski/Wohlrab-Sah 2021: 247) und die Auswahl der interviewten Personen wurde anhand von Prinzipien der Auswertungsmethode getroffen. Nach den Vorgaben des Theoretical Samplings im Rahmen der *Reflexiven Grounded Theory Methodologie* wurden die Interviews ausgewertet, bevor die nächste Interviewperson ausgewählt und das nächste Interview geführt wurde. Beispielsweise wurden im Sinne des Hypothesenbildungsprinzips der Kontrastierung (vgl. Breuer/Muckel/Dieris 2019: 8) Männer in unterschiedlichen Altersgruppen interviewt. Ein anderes Beispiel für die Auswahl der Interviewperson: Es wurde das Thema Alkohol in den Interviews als relevanter Faktor für den Krisenverlauf oder als Bewältigungsstrategie angesprochen; aus diesem Grund wurden Interviews mit einem Mann mit Alkoholabhängigkeit und mit Fachpersonen aus der Suchtprävention durchgeführt. Alle Interviewpersonen hatten einen Erfahrungsraum zum Thema Krisen und Suizidalität. Durch die laufende Datenauswertung ergaben sich folgende optionale Kriterien, nach denen Männer für die Interviews ausgewählt wurden:

Männer, die

- (keine) Krisen erlebt haben
- sich aktuell in einer Krise befinden
- psychische Probleme haben/hatten
- Erfahrungen mit professioneller Hilfe haben
- Suizidgedanken hatten
- Suizidversuche gemacht haben
- Hinterbliebene nach einem Suizid sind
- psychiatrische Diagnosen haben
- eine Alkoholabhängigkeit haben
- körperliche Probleme haben/hatten
- arbeitslos sind/waren
- in Pension waren oder Rehabilitationsgeld bezogen haben
- heterosexuell oder homosexuell sind

Es wurde darauf geachtet, dass die befragten Männer unterschiedliche berufliche Hintergründe haben. Beim Personenstand wurde ebenfalls auf eine möglichst große Unterschiedlichkeit geachtet. Es wurden Interviews geführt mit Männern, die in einer Beziehung leben, verheiratet oder geschieden waren, (keine) eigenen Kinder hatten oder alleinlebend waren. Manche Gruppen von Männern wurden bewusst nicht für die Interviews ausgewählt, um die Gruppe nicht zu groß zu fassen. Beispielsweise wurden keine Männer befragt, die verwitwet sind. Außerdem wurden keine Transpersonen und/oder Personen, die sich nicht dem biologischen Geschlecht *Mann* zuordnen, befragt. Ausgenommen wurden Männer, die sich aktuell in einer akuten psychischen Krise befanden oder aktuell in einer sehr schlechten psychischen Verfassung waren. Da es sich doch um sehr sensible beforschte Themenbereiche handelt, wurde eine gewisse psychische Stabilität vorausgesetzt und solche Interviews von mir, trotz Interviewzusagen, nicht geführt. Für die Identifizierung der interviewten Männer ergab sich folgender Kodierungsschlüssel:

- A steht für Männer zwischen 24 und 30 Jahren.
- B steht für Männer zwischen 40 und 60 Jahren.
- C steht für Männer zwischen 70 und 90 Jahren.

Der Interviewleitfaden wurde in unterschiedlichen Kontexten zur Diskussion gestellt und mehrmals überarbeitet. Einerseits fand eine kritische Diskussion des Interviewleitfadens im Rahmen von Seminaren an der *Alpen-Adria-Universität Klagenfurt* statt. Andererseits wurde eine Einschätzung zum Leitfaden bei Fachpersonen, die mit Männern in Krisen arbeiten und Mitarbeiter*innen bei Suizidpräventionsprojekten eingeholt. Abschließend zum Erstellungsprozess des Interviewleitfadens wurde ein Probeinterview mit einem Mann aus den beforschten Bezirken geführt. Durch die Erkenntnisse aus dem Probeinterview wurde der Leitfaden hinsichtlich der Verständlichkeit der Fragen sowie deren Differenzierung verändert. Durch diese Überarbeitungen entstand ein Interviewleitfaden mit drei Themenbereichen: Hilfesuchverhalten und Hilfeannahme, Einstellungen zum Thema Suizidalität sowie suizidpräventive Angebote. Jeder Themenbereich beinhaltete Erzählaufforderungen, da das freie Erzählen der Männer besonders wichtig erschien. Zusätzlich wurden mögliche Nachfragen vorbereitet, die bei Bedarf gestellt wurden. Welche Nachfragen ausgewählt wurden, entschied sich im Verlauf des Interviews; beispielsweise durch bisherige Schwerpunkte im Erzählen, durch Andeutungen, die gemacht wurden, und/oder durch bisherige Auswertungen der vorher geführten Interviews. Wichtig erschien in der Interviewführung die flexible Handhabung des Interviewleitfadens und dessen ständige Reflexion und Überarbeitung.

6.2 Leitfadengestützte Expert*inneninterviews

Liebold/Trinczek (2009) formulieren treffend die Intention, die in diesem Forschungsvorhaben zur Auswahl der Erhebungsmethode der Expert*inneninterviews geführt hat:

„Der praktische Verwendungszusammenhang von Experteninterviews ist es, komplexe Wissensbestände zu rekonstruieren, die für die Erklärung sozialer Phänomene, auf die sich das aktuelle Forschungsinteresse bezieht, von Bedeutung sind.“ (Liebold/Trinczek 2009: 35)

Die Fachpersonen wurden aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit und ihres Kontextwissens zu den beforschten Themenbereichen ausgewählt. Diese Überlegungen orientieren sich an Ausführungen, nach denen Personen den Expert*innenstatus durch die Zuschreibung und das Vorhandensein von speziellem Rollenwissen, z.B. in Bezug auf eine berufliche Tätigkeit erlangen (vgl. Przyborski/Wohlrab-Sahr 2021: 154). Kontextwissen wird folgendermaßen definiert:

„Steht *Kontextwissen* im Fokus des Interesses, ist nicht das Handeln der Experten selbst der Untersuchungsgegenstand, sondern die Lebensbedingungen, Handlungsweisen, Entwicklungen bestimmter Populationen, auf die das Expertenhandeln gerichtet ist und über die jene durch ihre Tätigkeit ein spezialisiertes Sonderwissen erworben haben.“ (Meuser/Nagel 2009: 471)

Den Personen wurde meinerseits ein Expert*innenstatus zugewiesen (vgl. Kaiser 2021: 45), dies erfolgte durch Recherche, Gespräche mit Fachpersonen aus den beforschten Themengebieten und durch Hinweise in der Auswertung vorher geführter Interviews. Ich selbst nahm bei den Interviews den Status einer Expertin in Bezug auf meine berufliche Tätigkeit in der Suizidprävention ein. Dadurch wurde Transparenz bezüglich der beruflichen Tätigkeit hergestellt und ein Gespräch auf derselben Augenhöhe ermöglicht. Diesbezüglich ist eine gute Vorbereitung und ein fachlich kompetentes Auftreten mit dem deutlichen Darstellen des eigenen Interesses am jeweiligen Erfahrungswissen essenziell (vgl. Meuser/Nagel 2009: 475). Ein Leitfaden soll sich an den interessierenden Themenbereichen und wesentlichen Fragen orientieren und das Erfragen von Abläufen oder Hintergründe ermöglichen, die nicht nachgelesen werden können (vgl. Przyborski/Wohlrab-Sahr 2021: 159). Dieser kann an die befragten Fachpersonen angepasst und soll in der Interviewsituation flexibel gehandhabt werden (vgl. Kaiser 2021: 66). Den Fachpersonen sollen im Interview die Möglichkeit geboten werden, sich selbst und ihre Funktion darzustellen. In weiterer Folge geht es um die Stimulierung zu Erzählungen oder Beschreibungen, die anschließend mit möglichen Nachfragen ergänzt werden. Dadurch sollen die Fachpersonen dazu angeregt werden, vom eigenen Erfahrungswissen und/oder Deutungswissen zu berichten (vgl. Przyborski/Wohlrab-Sahr 2021: 160f.).

6.2.1 Durchführung der leitfadengestützten Expert*inneninterviews

Nach zehn geführten und ausgewerteten offenen Leitfadenterviews mit Männern war es für den weiteren Forschungsprozess wichtig, die Expertise zu den Themenbereichen von Fachpersonen einzuholen. Die Akquirierung der Fachpersonen erfolgte über mehrere Zugänge:

- Durch meine berufliche Tätigkeit in der Suizidprävention war ein erleichterter Zugang zu Fachpersonen gegeben. Dieser erleichterte Zugang zeigte sich im Wissen über potenzielle Fachpersonen im beforschten Themenbereich und persönlichem Kontakt zu möglichen Interviewpartner*innen. Zusätzlich stellte die Projektleitung von *GO-ON Suizidprävention Steiermark* Frau Mag.^a Sigrid Krisper den Kontakt zu manchen Fachpersonen her.
- Bei einem Vortrag über das Forschungsvorhaben beim *Wissenschaftlichen Nachmittag der Suizidprävention* am 20.10.2022 in Graz konnten mehrere Fachpersonen für Interviews gewonnen werden.
- Über Empfehlungen im beruflichen Kontext, zum Beispiel über die Psychiatriekoordinatorin der Steiermark Frau DDr.ⁱⁿ Susanne Krainz, konnte der Kontakt zu Fachpersonen hergestellt werden.
- Fachpersonen, die durch die Recherche zum beforschten Themenbereich ersichtlich wurden, sind mit einer Interviewanfrage kontaktiert worden.

Die Klärung der Rahmenbedingungen, in Bezug auf den zeitlichen Rahmen, Anonymität und dem Interviewort, ist bei Expert*inneninterviews besonders bedeutsam (vgl. Przyborski/Wohlrab-Sahr 2021: 159). Die Kontaktaufnahme erfolgte telefonisch oder per Mail. Geachtet wurde auf das Einhalten von ethischen Kriterien: Die interviewten Fachpersonen wurden vorher über das Forschungsvorhaben aufgeklärt, Vertraulichkeit wurde zugesichert und personenbezogene Daten wurden in den jeweiligen Transkripten anonymisiert (vgl. Kaiser 2021: 55f.). Die Fachpersonen bekamen ein Formular vor dem Interview zugeschickt, indem sie über das Vorhaben informiert wurden. Darin enthalten waren Rahmenbedingungen, wie die Einwilligung zur wissenschaftlichen Verwendung des Interviews und das Ziel, die Ergebnisse in einer Dissertation festzuhalten und die Ergebnisse zu veröffentlichen. Die Fachpersonen konnten auswählen, ob ihr Name und ihre Arbeitsstelle genannt oder anonymisiert werden sollten. Das Formular sollte vor dem Interview ausgefüllt und unterschrieben werden. Die meisten interviewten Fachpersonen waren damit einverstanden, mit Namen genannt zu werden. Aufgrund der geäußerten sensiblen Daten und spezifischen Ergebnissen erschien eine Anonymisierung in der Ergebnisdarstellung als sinnvoll. Manche Fachpersonen scheinen in der Danksagung namentlich auf.

Der Erhebungszeitraum der leitfadengestützten Expert*inneninterviews erstreckte sich von Oktober 2022 bis März 2023. In diesem Zeitraum wurden

zwölf Expert*inneninterviews geführt. Die meisten Interviews wurden auf Wunsch der Fachpersonen oder aufgrund der größeren Entfernung online per Videokonferenz geführt. Manche Interviews fanden im Büro der Expert*innen statt. Das Interview wurde in Form einer Videokonferenz oder mit einem Aufnahmegerät aufgenommen. Alle Interviews dauerten zwischen 30 und 60 Minuten. Vor dem Interview wurden die Fachpersonen ausführlich über die Rahmenbedingungen des Interviews aufgeklärt. Dazu gehörte einerseits die Abklärung des zeitlichen Rahmens sowie die Einwilligung zur Tonbandaufzeichnung, andererseits die Möglichkeit das Interview abubrechen und einzelne Fragen nicht zu beantworten.

Zu jedem Expert*inneninterview wurde zusätzlich ein Memo verfasst, indem das Profil der interviewten Person, Anmerkungen zu den Rahmenbedingungen sowie ein Gedächtnisprotokoll zu dem Gespräch vor und nach Beendigung der Tonbandaufnahme vermerkt wurden. Ergänzt wurden zusätzlich Auffälligkeiten in der Gesprächssituation, Überlegungen nach dem Transkribieren sowie eine Reflexion zu meiner Person im Rahmen der Interviewführung und Interviewauswertung. Zusätzlich wurde angegeben, warum die Person für das Interview ausgewählt wurde.

6.2.2 *Theoretical Sampling und Auswahl der Fachpersonen*

Für die Beantwortung der Forschungsfragen war es notwendig, zwei Gruppen von Fachpersonen zu befragen: Die erste Gruppe waren Fachpersonen, die in der Suizidprävention in Österreich tätig sind und/oder besonderes Wissen zum Themenbereich Suizidalität haben. Die zweite Gruppe von Fachpersonen bildeten Fachleute, bei denen neben spezifischem Wissen auch Erfahrungen mit Männern in Krisen erwartet wurde. Gemeint sind damit Fachpersonen, die mit Männern in Krisen und/oder Männern mit psychischen Erkrankungen arbeiten (aus den Bereichen Psychotherapie, Psychologie, Soziale Arbeit und dem fachärztlichen Bereich Neurologie und Psychiatrie). Die Fachpersonen kamen aus Österreich, Deutschland und der Schweiz. Durch erste Ergebnisse im Rahmen der parallel geführten Datenerhebung und Datenauswertung wurden zwei Gruppen von Fachpersonen im Lauf des Forschungsprozesses ergänzt:

- Medienvertreter*innen, aufgrund der Bedeutung von Öffentlichkeitsarbeit und Medienarbeit in der Auswertung der bisherigen Interviews.
- Personen aus der Suchtprävention, aufgrund des immer wieder angesprochenen Zusammenhangs von Abhängigkeitserkrankungen (Alkohol als Bewältigungsstrategie) mit Suizidalität.

Das Theoretical Sampling im Rahmen der *Reflexiven Grounded Theory Methodologie* gewann durch die Zunahme der verschiedenen Gruppen von Fachpersonen zu den offenen Leitfadenterviews mit den Männern in den beforchten Regionen eine neue Intensität. Im Sinne des Vergleichens und

Kontrastierens (vgl. Breuer/Muckel/Dieris 2019: 8) wurden die weiteren Interviewpersonen nach mehr oder weniger großer Differenz zu den bereits geführten und ausgewerteten Interviews ausgewählt:

„As alluded to above, sampling proceeds not in terms of a sample of a specific group of individuals, units of time, and so on, but in terms of concepts, their properties, dimensions, and variations. When a project is begun, the researcher brings to it some idea of the phenomenon he or she wants to study, then based on this knowledge selects groups of individuals, an organization, or community most representative of that phenomenon.“ (Corbin/Strauss 1990: 419)

Die Fachpersonen konnten meist mehreren Rollen zugeteilt werden, z.B. waren sie Expert*innen in der Suizidprävention und arbeiteten mit Männern in Krisen. Eine weitere Rolle, die immer wieder in den Interviews offensichtlich wurde, entsprach dem eigenen gelebten Geschlecht. 10 von 12 Fachpersonen waren Männer, manchmal sprachen diese ihre Sicht als Mann an und kennzeichneten dies in unterschiedlicher Deutlichkeit. Da nur vier Fachpersonen (FP25, FP17, FP27, FP19) keine Doppelrolle im Sinn eines Expert*innenstatus in der Suizid- oder Suchtprävention sowie der Arbeit mit Männern in Krisen zuordenbar war, findet keine spezifische Auswertung statt. Interviews mit Fachpersonen aus der Suizidprävention wurden aus folgenden Bundesländern Österreichs geführt: Steiermark, Kärnten, Vorarlberg und Wien. Suizidpräventionsprojekte in den anderen Bundesländern wurden durch Telefongespräche und Internetrecherchen erhoben.

Der Interviewleitfaden für die Expert*inneninterviews wurde in Seminaren an der *Alpen-Adria-Universität Klagenfurt* besprochen und überarbeitet. Zusätzlich wurde der Leitfaden bei Fachpersonen in der Suizidprävention und bei Fachpersonen, die mit Männern in Krisen arbeiten, diskutiert. Durch die Erfahrungen aus einem Probeinterview wurden die Fragen thematisch anders geordnet. Es ergaben sich folgende Themenblöcke: Strategien einer Suizidprävention für Männer und Gestaltung von Hilfe, damit sie von Männern angenommen wird.

7 Datenauswertung: Reflexive Grounded Theory Methodologie

Die *Grounded Theory Methodologie* entwickelten Barney Glaser und Anselm Strauss aus der Forschungspraxis heraus, sie wurde von ihnen selbst und anderen weiterentwickelt und regte die Bildung zahlreicher anderer Verfahren an (vgl. Przyborski/Wohlrab-Sahr 2021: 241f.). Aus diesem Grund gibt es verschiedene Ausführungen und nicht DIE *Grounded Theory Methodologie* (vgl. Berg/Milmeister 2011: 307). Przyborski/Wohlrab-Sahr (2021) fassen das Grundanliegen der Methodologie zusammen:

„Das Grundanliegen der Methodologie der Grounded Theory ist also von Anfang an auf die enge Verschränkung von empirischer Forschung und Theoriebildung gerichtet: Empirische Forschung zielt darauf, Theorie zu generieren, und Theorie wiederum wird nicht ‚von oben her‘ entfaltet, sondern soll in eben dieser Forschung begründet sein.“ Przyborski/Wohlrab-Sahr (2021: 244)

Angewendet wurde die *Reflexive Grounded Theory Methodologie* nach den Ausführungen von Breuer/Muckel/Dieris (2019), die eine Weiterentwicklung der frühen Darstellungen der *Grounded Theory Methodologie* von Glaser und Strauss darstellt. In der *Reflexiven Grounded Theory Methodologie* erfolgt eine Betonung der kreativen Gedankenarbeit der forschenden Person im Kodierprozess (vgl. ebd.: 254). Die Weiterentwicklung zur *Reflexiven Grounded Theory Methodologie* besteht vor allem darin, dass die aktive Rolle der Forscher*innen, ihre Haltungen, Präkonzepte, Erfahrungen und Perspektiven den Themenbereich betreffend reflektiert und nutzbar gemacht werden (vgl. ebd.: 9f.). Die Methodenwahl sollte dazu dienen, die geforderte theoretische Sensibilität bezugnehmend auf Literaturstudium, beruflichen sowie persönlichen Erfahrungen, verbunden mit einer skeptischen Haltung den eigenen Analysen des Datenmaterials gegenüber, zu gewährleisten (vgl. Strauss/Corbin 1996: 25-30).

Betont wird der möglichst zeitnahe Beginn des Kodierens, um die Erinnerung an das Interview greifbar zu haben (vgl. Breuer/Muckel/Dieris 2019: 248). Dementsprechend wurde nach der Interviewführung ein Memo mit einem Gedächtnisprotokoll zu den Gesprächen vor und nach dem Interview erstellt. Zeitnah wurde die Tonbandaufnahme des Interviews transkribiert und ausgewertet, bevor das nächste Interview geführt wurde. Das selbstständige Anfertigen eines Transkripts wird als Gewinn für die Forschung betrachtet, weil durch das mehrmalige Anhören der Tonbandaufnahme und deren Verschriftlichung eine intensive Auseinandersetzung möglich wurde.

Nach der Fertigstellung des jeweiligen Transkripts begann der Prozess des Kodierens, der mit der Software für qualitative und Mixed-Methods-Datenanalyse *MAXQDA* (2024) durchgeführt wurde. Im Rahmen dessen wurde mit dem offenen Kodieren begonnen und dabei Begrifflichkeiten auf einer allgemeinen Ebene gebildet. Bei dieser kleinteiligen Vorgehensweise wurden erste

Kodes gebildet und im Sinne der Abduktion wurde kreativ gearbeitet (vgl. Breuer/Muckel/Dieris 2019: 252-269). Hilfreich erschien das gemeinsame Kodieren in Studierendengruppen, weil sich dadurch mehr Deutungen und Sichtweisen ergaben und eigene Kodierungen überprüft werden konnten. Es wurden Fragen an die Daten gestellt: Wo? Was? Wie? Wie viel? Warum? (vgl. Strauss/Corbin 1996: 58) und so nach dem dahinterliegenden Konzept bei den jeweiligen Phänomenen geblickt (vgl. Breuer/Muckel/Dieris 2019: 270f.). Anschließend wurden die Interviews durch verschiedene Strategien und Perspektiven weiter überarbeitet, z.B. wurden durch Kontrastierungen Vergleiche durchgeführt. Es wurden theoretische Konzepte gebildet (vgl. Strübing 2014: 464), in denen schließlich Muster erkannt werden konnten (vgl. Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014: 206). Im Codesystem ergaben sich 2.866 Zuordnungen. Das offene Kodieren eines Interviews trug zum Theoretical Sampling bei. Es entstanden Kategorien, die laufend angereichert und überarbeitet wurden. Bereits bestehende Kodierungen und Kategorien wurden wieder verändert und Interviewausschnitte neu und/oder ergänzend kodiert. Beim axialen Kodieren wurde besonders auf das Betrachten des Materials durch das Kodierparadigma geachtet und in diesem Sinne ursächliche Bedingungen, Kontexte, Strategien und Konsequenzen herausgearbeitet (vgl. Breuer/Muckel/Dieris 2019: 280). Das Betrachten von vorhandenen Selbstverständlichkeiten im Material wurde ebenfalls beachtet. Dies trug zur weiteren Erarbeitung, Veränderung oder Festigung von Kategorien bei und wurde in Memos festgehalten. Im weiteren selektiven Kodieren geht es „[...] *ums Ganze*.“ (ebd.: 284) Es wird ein Strukturierungs-Prinzip ausgesucht, Kernkategorien ausgewählt, ein ‚roter Faden‘ gebildet und in Richtung der Ergebnisdarstellung gearbeitet (vgl. ebd.: 284f.). In der vorliegenden Forschung ließen sich dadurch vier Kernkategorien bilden, die zu drei Modellen verbunden werden konnten. Veränderungen des Codesystems wurden in einem Memo festgehalten, um die Entwicklung und Veränderung des Codesystems und der Kategorien nachvollziehbar zu machen. Der Abstraktionsprozess ist für die Verallgemeinerbarkeit der *Grounded Theory Methodologie* relevant und bestimmt die weitere Anwendbarkeit der Theorie (vgl. Corbin/Strauss 1990: 424).

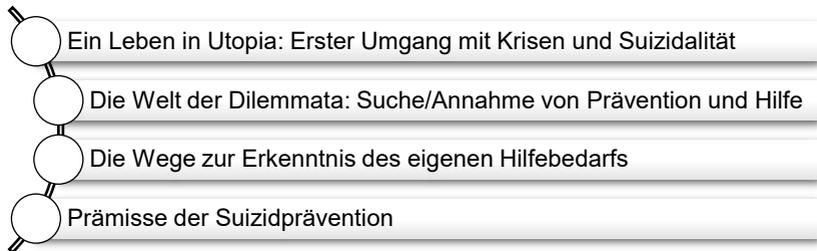
8 Zwischenresümee

Die ausgewählten Forschungsfragen bezogen sich vorrangig auf das Erkenntnisinteresse nach einer Suizidprävention und Hilfe in Krisen für Männer. Zusätzlich wurden Erklärungsansätze für die hohe Suizidrate von Männern, Protektivfaktoren in Krisen sowie Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den verschiedenen Befragungsgruppen untersucht. Die 15 offenen Leitfadenterviews wurden mit Männern aus den Wohnbezirken Murau oder Murtal aus den Altersgruppen 24 bis 30, 40 bis 60 und 70 bis 90 Jahren geführt. Diese Auswahl begründet sich durch die dargestellten statistischen Daten zu Suizidraten in den ausgewählten Regionen sowie dem vergleichenden Charakter der unterschiedlichen Befragungsgruppen. Ergänzend fanden 12 leitfadengestützte Expert*inneninterviews mit Fachpersonen statt. Diese waren in der Suizidprävention tätig, führten professionelle Hilfsangebote in Krisen für Männer durch und/oder verfügten über spezielles Wissen den beforschten Themenbereich betreffend. Die Auswertung erfolgte mit der *Reflexiven Grounded Theory Methodologie*. Nach der Darstellung des qualitativen Forschungsprozesses und der verwendeten Methoden folgt nun die Ergebnisdarstellung.

ERGEBNISDARSTELLUNG

In den folgenden Kapiteln werden die Ergebnisse der qualitativen Forschung, zu Erklärungsansätzen zum Hilfesuchverhalten und der hohen Suizidrate von Männern im Kontext von Krisenverlauf und Krisenbewältigung, dargestellt. Zusätzlich befinden sich ab Seite 169 Überlegungen zu einer gendersensiblen Suizidprävention. Durch die Auswertung der geführten offenen Leitfadenterviews mit Männern und der Expert*inneninterviews ergaben sich mehrere Kategorien, aus denen sich vier Schlüsselkategorien entwickelten. Diese werden in der Abb. 16 dargestellt:

Abb. 16: Darstellung der vier Schlüsselkategorien (eig. Darst.)



Die aus den Schlüsselkategorien entstandenen drei Modelle stellen verschiedene Themen und Perspektiven auf Prozesse im Rahmen von Krisenverläufen und Suizidalität dar. Die Modelle bedingen sich gegenseitig, sind abhängig voneinander und ergänzen sich wechselseitig. Im *Erklärungsmodell der erschwertten Hilfesuche/Hilfeannahme von Männern in Krisen* befinden sich Erklärungsansätze für die hohe Suizidrate von Männern. Darin werden neben dem Umgang mit Krisen mit Bezug zu Hilfesuche, Hilfeannahme und Suizidalität auch geäußerte Protektivfaktoren der Interviewpersonen präsentiert. Das *Stufenmodell der Krisenbewältigung* stellt eine Ergänzung zum *Erklärungsmodell* dar und umfasst mögliche Abschnitte am Weg zu einer (nicht) erfolgreichen Krisenbewältigung. Dieses Modell enthält Antworten auf die Forschungsfrage: *Wie muss Hilfe gestaltet sein, damit sie von Männern in Krisen angenommen wird?* Ergebnisse zur Erforschung von Maßnahmen einer Suizidprävention mit dem Fokus auf Männer werden im dritten Modell, dem *Präventionsmodell mit einer gendersensiblen Ausrichtung auf Männer*, dargestellt.

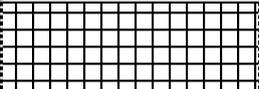
Die folgende Präsentation der Ergebnisse orientiert sich, in Anlehnung an die Auswertungsmethode der *Reflexiven Grounded Theory Methodologie*, an einem Bottom-Up Zugang. In diesem Sinne wird zuerst dem Material in Form von Zitaten, Erklärungen und Darstellungen Raum gegeben. Der Schwerpunkt

wird auf Äußerungen der interviewten Männer gelegt, weil sie die Zielgruppe dieser Forschung sind.¹¹ Am Ende jedes dargestellten Modells befindet sich, entsprechend den Forschungsfragen, ein Unterkapitel, welches die Unterschiede und Auffälligkeiten in den Befragungsgruppen beleuchtet. Den Abschluss bildet eine Diskussion der Ergebnisse mit theoretischen Bezügen.

Bevor die einzelnen Modelle präsentiert werden, zeigt die Abb. 17 einen Überblick zur gesamten Ergebnisdarstellung. Ersichtlich werden die beiden Bereiche der Ergebnisdarstellung: Der erste Bereich *Erklärungsansätze zum Hilfesuchverhalten und der hohen Suizidrate von Männern im Kontext von Krisenverlauf und Krisenbewältigung* umfasst das *Erklärungsmodell der erschwerten Hilfesuche/Hilfeannahme von Männern* und das *Stufenmodell der Krisenbewältigung* sowie die drei Schlüsselkategorien *Leben in Utopia, Welt der Dilemmata* und *Wege der Erkenntnis des eigenen Hilfebedarfs*. Die dazugehörigen Unterkategorien zu den ersten beiden Modellen sind in der letzten Spalte abgebildet. Zu beachten ist, dass die Unterkategorie *Hilfesuche/Hilfeannahme* und das *vertrauenswürdige Gegenüber* nur im *Stufenmodell der Krisenbewältigung* beinhaltet ist (gekennzeichnet durch die karierte Fläche). Der zweite Bereich der Ergebnisdarstellung umfasst das *Präventionsmodell mit einer gendersensiblen Ausrichtung auf Männer*, die Schlüsselkategorie *Prämisse der Prävention* sowie die dazugehörigen Kategorien:

11 Es handelt sich um offene Leitfadeninterviews mit Männern bei der Bezeichnung ‚A‘ aus der Altersgruppe 24-30 Jahren, bei ‚B‘ aus der Altersgruppe 40-60 Jahren und ‚C‘ aus der Altersgruppe 70-90 Jahren. Die Interviews mit den Interviewpersonen B6 und C8 mussten aufgrund von Unterbrechungen geteilt werden, aus diesem Grund gibt es B6/1, B6/2 und C8/1, C8/2. Die Bezeichnung ‚FP‘ kennzeichnet Interviews mit Fachpersonen. Angegeben werden die Interviewstellen in der Ergebnisdarstellung in alphabetischer Reihenfolge, um den Leser*innen die Zuordnung zu den verschiedenen Altersgruppen der Männer und den interviewten Fachpersonen zu erleichtern. Die Reihung passiert nach der entsprechenden zeitlichen Interviewführung, gekennzeichnet mit den angefügten Zahlen.

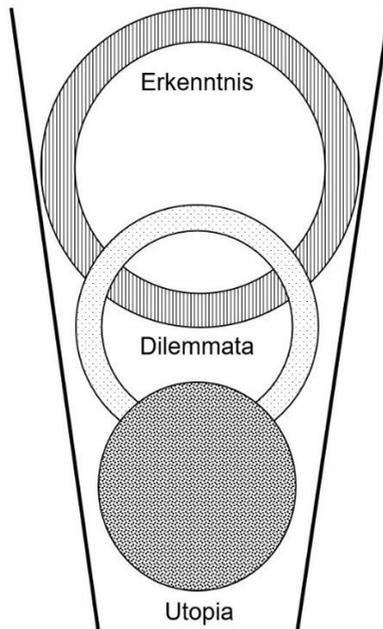
Abb. 17: Übersicht Ergebnisdarstellung: Modelle, Schlüsselkategorien und Kategorien (eig. Tabelle)

Ergebnis- darstellungen	Modelle		Schlüssel- kategorien	Kategorien
Erklärungsansätze zum Hilfesuchverhalten und der hohen Suizidrate von Männern im Kontext von Krisenverlauf und Krisenbewältigung	Erklärungsmodell der erschwernten Hilfesuche und Hilfeannahme von Männern in Krisen	Stufenmodell der (nicht) erfolgreichen Krisenbewältigung mit/ohne Hilfebedarf	Ein Leben in Utopia	Das Nicht-Wahrhaben- Wollen von Krisen
			Die Welt der Dilemmata: Suche bzw. Annahme von Prävention und Hilfe	Der variable Nährboden für (suizidale) Krisen
			Die Wege zur Erkenntnis des eigenen Hilfebedarfs	Vom erlernten Sein zur erfüllten Erwartung
Suizidprävention mit dem Fokus auf Männer			Die Prämisse der Prävention	Ratlosigkeit
				Die Gratwanderung: Warnsignale erkennen
	Präventionsmodell mit einer gendersensiblen Ausrichtung auf Männer			Fähigkeit zur Suche/ Annahme von Unterstützung
				Hilfesuche/Hilfean- nahme und das vertrau- enswürdige Gegenüber
				Mikroebene
				Mesoebene
				Makroebene

9 Erklärungsmodell der erschwerten Hilfesuche und Hilfeannahme von Männern in Krisen

Das erste Modell bildet die Forschungsergebnisse zum Umgang mit Krisen von Männern ab. Es handelt sich um eine Darstellung von möglichen Hintergründen der erschwerten, verspäteten oder nicht erfolgenden Hilfesuche und Hilfeannahme von Männern in Krisen und bietet Erklärungen für deren hohe Suizidrate. Damit wird die Forschungsfrage zu entsprechenden Erklärungsansätzen in den Interviews beantwortet. Es werden die Hintergründe für Suizidalität bei Männern verstehbar und können im weiteren Schritt, im Sinne von Wissens- sowie Handlungsansätzen, nutzbar gemacht werden. Das *Erklärungsmodell* ist grundlegend für die darauffolgenden weiteren Modelle. Dargestellt werden nun die Abb. 18 und die Inhalte des *Erklärungsmodells*:

Abb. 18: Erklärungsmodell der erschwerten Hilfesuche/Hilfeannahme von Männern in Krisen (eig. Darst.)



Wie in der Abb. 18 ersichtlich wird, besteht das *Erklärungsmodell* aus drei Schlüsselkategorien der vorliegenden Auswertung:

- Ein Leben in Utopia: Erster Umgang mit Krisen und Suizidalität
- Die Welt der Dilemmata: Suche/Annahme von Prävention und Hilfe
- Die Wege zur Erkenntnis des eigenen Hilfebedarfs

Die Schlüsselkategorien sind drei aufeinander aufbauende Bereiche, die im *Erklärungsmodell* als Kreise dargestellt werden. Dabei wird der Umgang von Männern mit Krisen in Bezug auf die Wahrnehmung, deren Bewältigung und Schwierigkeiten hinsichtlich Hilfesuche und Hilfeannahme beschrieben. In der anschließenden Ergebnisdarstellung werden diese drei Schlüsselkategorien anhand von Kategorien, Kodes und Zitaten näher erklärt. Die Unterschiede sowie Auffälligkeiten in den Befragungsgruppen sowie die Diskussion der Ergebnisse zum *Erklärungsmodell* befinden sich ab Seite 119 in dieser Publikation.

9.1 Ein Leben in Utopia: Erster Umgang mit Krisen und Suizidalität

Mit dem positiv besetzten Begriff *Utopia*, aus dem griechischen *das Nirgendwo*, wird etwas Unrealistisches, Träumerisches, ein Fantasieland dargestellt (vgl. Brockhaus Enzyklopädie 2024). Die Kategorie wurde danach benannt, weil die interviewten Männer immer wieder eine Welt im Idealzustand beschrieben. Der Begriff einer Idealwelt und das dazugehörige Bild eines geschützten Traumlandes entstand bereits nach der Auswertung der ersten Interviews. Durch die weiteren geführten Interviews wurde diese Einschätzung immer wieder bestätigt und erweitert. Das von den interviewten Männern beschriebene *Utopia* offenbart einen Zustand, der für sie erstrebenswert erscheint und eine Welt ohne Krisen beschreibt. Verbunden damit ist das *Nicht-Wahrhaben-Wollen* von Krisen und der Versuch, den Idealzustand einer Welt ohne Krisen aufrechtzuerhalten. Ein interviewter Mann aus der Altersgruppe von 24 bis 30 Jahren beschreibt dies mit folgender Formulierung:

„Ich muss auch ehrlich sagen, dass ich so privat eher so halt in meiner Bubble bin und ich weiß nicht, bin da in (2) meiner kleinen happy Bubble [...]“ (A13: 380ff.)

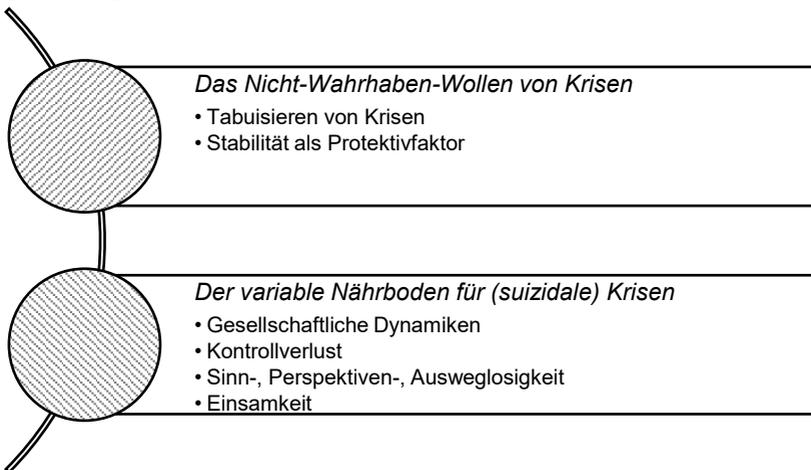
Auf die Bitte hin, zu erzählen, wie Männer mit Krisen umgehen, antwortet ein Mann, dass diese in „einem Schlauch drinnen sind“ (A24: 10) und Krisen oft nicht wahrnehmen wollen:

„Hmm ich glaube oft sehr ahm trotzig, dass sie es nicht wahrnehmen wollen, weil ich glaube, viele Leute in so einem Schlauch drinnen sind und solange es ihnen selber gut geht, zum Beispiel bei den weltweiten Krisen, solange es einen selber gut geht, braucht man eh nichts ändern etc. Was man oft glaube ich bei kleinen Sachen auch oft merkt, weil man oft nicht

wahrhaben will und wenn man irgendeine Krise oder was realisiert, dass es dann oft schon zu spät ist, dass man wirklich durch ein Handeln etwas dagegen tun hätte können. Also ich glaube, dass man oft zu schleißig ist und das ja und (2) dann oft trotzdem oft nur mit einfachsten Mitteln versucht irgendetwas zu bewältigen was vielleicht nicht zielführend ist oder zu wenig ist.“ (A24: 9-18)

Die Schlüsselkategorie *Leben in Utopia* bildet ein Spannungsfeld zwischen dem *Nicht-Wahrhaben-Wollen* von Krisen und dem *variablen Nährboden (suizidaler) Krisen*. Denn trotz der Intention nach einem *Leben in Utopia* erleben Männer Krisen und berichten in den Interviews von eigenen oder Krisen anderer Männer. Wie in der Abb. 19 ersichtlich wird, beinhaltet die Kategorie *Das Nicht-Wahrhaben-Wollen von Krisen* die beiden Unterkategorien des Tabuisierens von Krisen sowie einer Stabilität als Protektivfaktor in Krisen. Der *variable Nährboden für (suizidale) Krisen* wird anschließend anhand folgender Unterkategorien beschrieben: Gesellschaftliche Dynamiken, Kontrollverlust, Sinn-, Perspektiven- und Ausweglosigkeit sowie der Thematik der Einsamkeit:

Abb. 19: Schlüsselkategorie „Ein Leben in Utopia“; Kategorien und Unterkategorien (eig. Darst.)



9.1.1 Nicht-Wahrhaben-Wollen von Krisen

Mit 279 Kodierungen ist dies eine der größten Kategorien¹² in der Auswertung dieser Forschung und findet sich in allen Befragungsgruppen. Bei den geführten Interviews mit Männern wird diese Kategorie in jedem Interview angesprochen. Wie im nächsten Interviewzitat ersichtlich wird, zeigt sich ein Verdrängen sowie Unterdrücken von Krisen (A16, B1, B6), bis diese ‚übersehen‘ werden (B12) oder es ‚zu spät‘ ist (A24):

„(2) Weil sie es, denke ich, selbst viel besser unterdrücken können als Frauen. Oder? Die unterdrücken es viel mehr. So nach alter Schule noch, das tut mir nix, das halte ich aus, da brauche ich keine Hilfe, da komme ich schon zusammen.“ (B1: 393ff.)

Interviewte Fachpersonen beschreiben, dass Männer Krisen nicht wahrhaben wollen (FP11, FP15, FP20) und Krisen möglicherweise deswegen nicht erkannt werden (FP14) (siehe ab Seite 110 *Die Gratwanderung*). Eine interviewte Fachperson nimmt Bezug auf den eigenen Umgang mit Krisen und bestätigt das späte Wahrnehmen von Krisen bei Männern:

„Aber ich sehe schon sehr häufig und das kenne ich von mir selber auch, (2) dass ich äh Krisen so lange wie möglich nicht wahrnehme. Also Krisen kommen bei mir erst relativ spät überhaupt über die Wahrnehmungsschwelle. Also es gibt dann schon längere Zeit so ein komisches Gefühl oder so und ich bin nervöser und aggressiver [...]. Bin weniger achtsam, ich bin (2) hektischer irgendwie und ich komme dann erst über diese Phänomene dann drauf, dass das jetzt eine kritische Lebenssituation ist. [...] und das sehe ich auch bei vielen Männern auch, dass man sich länger einfach ein bisschen die Geschichte schönredet. (2) Und das oft ein bisschen dauert, bis man sich auseinandersetzt was wirklich ist.“ (FP19: 8-20)

Möglicherweise geht es in dieser Kategorie nicht nur um das *Wollen*, sondern sogar um das *Nicht-Wahrhaben-Können*:

„Sie wollen es sich nicht eingestehen. Sie können es sich gar nicht eingestehen. Von ihrer Erziehung her und äh von ihrem Lebensverlauf her. Sie können und wollen es sich nicht eingestehen, dass es ihnen schlecht geht. (3) Da brauchen wir gar nicht viel herumreden, sie können und wollen es sich nicht eingestehen.“ (B5: 544-547)

Im nächsten Abschnitt wird auf das damit verbundene Tabuisieren von Krisen und Suizidalität näher eingegangen. Dies passiert durch ein Vermeidungsverhalten gegenüber Krisen und den „heimlichen Schleier“ (B4: 359) über Suizidalität.

12 Nach Breuer/Muckel/Dieris (2019) sind Häufigkeiten in den Daten nicht für die Auswertung relevant, weil sie nicht aussagekräftig für die Erkenntnisbehauptungen sind (vgl. Breuer/Muckel/Dieris 2019: 262). Manchmal werden in der Ergebnisdarstellung trotzdem Kategorien in ihrer Größe mit den Kodehäufigkeiten angegeben, wenn es für das Gespür der Daten relevant sein kann, der Transparenz dient oder Auffälligkeiten im Rahmen der Zuordnung zu bestimmten Befragungsgruppen bestehen.

Tabuisierung von Krisen und Suizidalität

In den Interviews wird geäußert, dass Männer Vorträge über Themen wie Krisen und Suizidalität sowie andere Gesundheitsthemen (A22, C2, FP11, FP15) und Arztbesuche vermeiden (A24, B6, B7). Ebenso sprechen Fachpersonen die Tabuisierung dieser Themen an (FP11, FP23). Eine Fachperson formuliert den Wunsch:

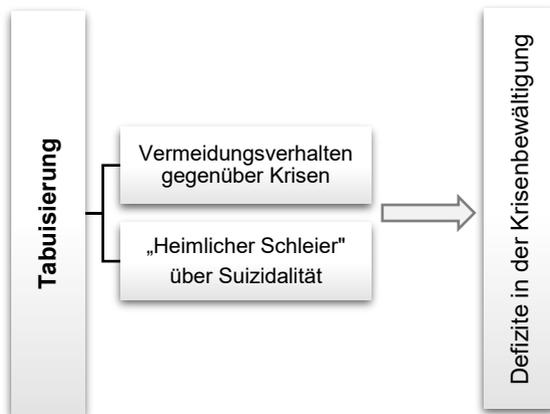
„(nachdenklicher Blick) (12) also ich glaube, dass es ganz wichtig ist, dass das Thema einfach in die Öffentlichkeit kommt und in die Besprechbarkeit kommt. Eben dieser Umgang mit kritischen Situationen und, und das Zulassen von, von, von ah Lebenskrisen auch, dieses Wahrnehmen von Krisen auch.“ (FP19: 275-278)

Diese Tabuisierung von Krisen wird von anderen Menschen erwartet:

„Und ich glaube, dass einfach der (2) so eine Reaktion darauf, wenn sich jemand vielleicht versucht ein bisschen zu öffnen, diese Reaktion von deinem Gegenüber, die so ablehnend ist, vielleicht darin fußt, dass die Leute eigentlich selbst Angst haben vor, sich selbst zu öffnen. Vielleicht deswegen so reagieren und sagen Trottel, der hat jetzt was gesagt und, und eigentlich geht es mir ja auch (2) nicht gut. Ja. Aber auch diese Angst vielleicht das zugeben zu müssen, ja (1) weil wir halt auf das getrimmt sind.“ (B6: 137-143)

Die Abb. 20 zeigt die Bereiche der Tabuisierung: das Vermeidungsverhalten gegenüber Krisen und ein „heimlichen Schleier“ (B4: 359) über Suizidalität. Auf dadurch entstandene Defizite in der Krisenbewältigung wird abschließend eingegangen:

Abb. 20: Unterkategorie „Tabuisierung von Krisen und Suizidalität“ (eig. Darst.)



Das *Vermeidungsverhalten gegenüber Krisen* wird in Bezug auf vergangenes, aktuelles und zukünftiges Krisengeschehen verdeutlicht. Diese Unterkategorie umfasst Kodierungen von Interviews aller Altersgruppen der interviewten Männer. Vergangene Krisen werden vergessen, verdrängt oder verleugnet (A22, B1) und dies wird positiv bewertet (A16). Von fast allen Interviewpersonen aus der Altersgruppe 70 bis 90 Jahren wurde betont, dass sie keine Krisen erlebt haben (C3, C9): „Ja ich habe eigentlich direkt eine Krise habe ich nie gehabt. (2) Gö? (3) Habe nie eine Krise gehabt.“ (C2: 105f.) An anderen Interviewstellen oder in Vor- und Nachgesprächen berichten diese Männer jedoch von erlebten Krisen, wie Krieg, Tod und Krankheit. Ein anschauliches Beispiel zeigt sich bei der Interviewperson B1, die zuerst das eigene Krisengeschehen zu relativieren versucht und gleich darauf von der Annahme professioneller Hilfe berichtet:

„Weil ich, die (2) so eine schwierige Situation, so im konkreten, so im Detail habe ich noch nicht erlebt, dass ich wirklich mal in einer Totalkrise war. (2) Besser gesagt, ich war einmal in einer und da habe ich mir schon Beratung geholt.“ (B1: 68-71)

In Bezug auf aktuelle Krisen wurde von den interviewten Männern betont, dass sie selbst nicht von Krisen betroffen sind (A16, B4). Es wird die Hoffnung geäußert, dass sich Menschen in aktuellen Krisen mit der Thematik beschäftigen (A24). Männer erzählen jedoch, dass sie in einer Krise davon nichts wissen wollen (C9):

„Dann bist in dem Tunnel drinnen und, und dann überlegst dir nicht was tue ich jetzt. Also einem Depressiven zum Beispiel sagen (2) er soll jetzt zu dem Psychiater gehen, der nimmt dich ja gar nicht wahr. (2) Ich habe Burnoutleute erlebt, dem zu sagen, den musst also wirklich, den brauchst gar nicht weiß Gott was erzählen, der ist so mit seinem unbewältigbaren Problem konfrontiert, dass er sowieso keinen Ausweg sieht. Also der, der findet auch gar nicht diese Überlegung als Ausweg, dass er sagt, jetzt gehe ich mal irgendwo hin und suche mir Hilfe.“ (C9: 663-670)

Die Sicht auf mögliche zukünftige Krisen oder Suizidalität umfasst die Hoffnung, nie in eine Krise zu kommen (B7, C2, C9):

„Jetzt gehe ich mit Krisen insofern um, (2) wie soll ich sagen, wie soll man sagen, vielleicht mit einer Vermeidungshaltung insofern, dass ich sage: Ich hoffe, es kommen keine.“ (B6/2: 376ff.)

Neben diesem präsentierten Vermeidungsverhalten in Krisen wird ein „*heimlicher Schleier*“ (B4: 359) über das Thema Suizidalität von Männern aller Altersgruppen angesprochen (A13, A24, B1, B4, B5, C8). Die Bezeichnung „heimlicher Schleier“ stammt aus folgendem Interviewausschnitt:

„Oder weiß man es überhaupt immer? Das ist die Frage. (5) Da ist so ein Stillschweigen, so ein heimlicher Schleier ist da, ein Nebel ist über das alles. Hängt da darüber.“ (B4: 358ff.)

Möglicherweise besteht dieser „heimliche Schleier“ deswegen, weil Suizide erschrecken, unvorstellbar sind und als tragisch empfunden werden (A16, B1, B6, B7, C2, C9, FP11, FP18, FP25):

„Ich sage immer so, es ist traurig, wenn sich jemand so etwas antut, is ja wurscht, eine Person halt. (2) Man kann in ihn nicht reinsehen, es muss irgendwo, vielleicht ist es eine Verzweigungstat, dass er so tief reingesunken ist, aber. (3) Es ist jeder zu bedauern, der so, der so etwas macht. (2) Nicht schimpfen darüber, zum Bedauern ist er.“ (C3: 454-459)

Die Tabuisierung von Krisen und Suizidalität führt, nach den interviewten Männern, unter anderem zu *Defiziten in der Krisenbewältigung*. Meist wird dies in Bezug auf fehlendes Wissen für den Umgang mit Krisen (A16, A22, B7, C9) und einer fehlenden Vorbereitung auf Krisen (B7) genannt (siehe ab Seite 94 *Vom erlernten Sein zur erfüllten Erwartung*):

„Ja wie gesagt, ja eigentlich das PSN¹³ gibt es ja eh, aber inwiefern das jetzt ist, dass ich sage, ich bin jetzt suizidgefährdet ich würde da die Hilfe annehmen, ist eigentlich sehr schwer zu sagen, wenn du selber nicht in der Lage bist. (6) Wenn ich sage ich habe nie mit dem Gedanken gespielt und da befasst du dich dann auch nicht so ganz damit. (3) Darum wüsste ich jetzt gar nicht, wie müsste das aussehen, dass ich Hilfe annehme, wenn ich suizidgefährdet bin.“ (A16: 310-316)

Im Gegensatz zur Tabuisierung des beforschten Themenbereichs weisen Äußerungen in den Interviews auf ein *Realisieren und Anerkennen von Krisen und Suizidalität* hin (A13, B5, B7, C8):

„Es gab Krisen. Und, und das ist in jedem Leben. Es ist nicht immer alles happy peppi, ja. Wäre schön, wenn es so wäre. Man hofft halt wirklich immer, dass man krisenfrei durchs Leben geht, aber, aber (2) so ganz funktioniert es nicht. Wir wissen es eh, dass es so depressive Episoden, kommen ja immer wieder vor, in jedem Leben. Es gibt ja eigentlich niemanden, der davon gefeilt ist.“ (B6/1: 89-94)

Es werden persönliche Veränderungen oder Lerneffekte durch bewältigte Krisen angesprochen (A13, B4, B10, C8, FP15, FP18) und Zuversicht für eine erfolgreiche Krisenbewältigung formuliert (C8, FP18):

„Wobei ich aus meinen verschiedenen Krisen, die ich gehabt habe weiß, dass auch wieder ein, ein Licht kommt und es wieder nach oben geht. Und, dass man wieder hinauskommt und dass es Heilung gibt und dass es Gesundung gibt.“ (B5: 28ff.)

Deutlich wird durch diesen Abschnitt, dass das *Leben in Utopia* bei Männern durch die Tabuisierung von Krisen und Suizidalität begründet ist. In weiterer Folge passiert dadurch *das Nicht-Wahrhaben-Wollen bzw. das Nicht-Wahrhaben-Können von Krisen* und eine Vermeidung sowie Verheimlichung von Krisen und Suizidalität. Ersichtlich wird deren zeitliche Unabhängigkeit, denn es scheint nicht relevant zu sein, ob es sich um vergangene, aktuelle oder zukünftige Krisen handelt. Schlussendlich führt diese Tabuisierung zu Defiziten, die

13 Psychosoziales Netzwerk = Professionelles Hilfsangebot in den Regionen Murau, Murtal, Liezen.

eine erfolgreiche Krisenbewältigung erschweren oder behindern. Denn für eine erfolgreiche Krisenbewältigung müssen Krisen realisiert und anerkannt werden. Die identifizierten Defizite in der Auswertung werden in der weiteren Ergebnisdarstellung und anschließenden Diskussion näher betrachtet.

Stabilität als Protektivfaktor

Eine Forschungsfrage dient dem Erfassen von Protektivfaktoren in Krisen. Der Schwerpunkt wurde auf langanhaltende Krisen, an selbst genannten Beispielen der interviewten Männer oder an der COVID-19-Pandemie, gesetzt. In der Erhebungsphase war die COVID-19-Pandemie ein Erfahrungsraum aller interviewten Personen und wurde daher als mögliches Beispiel genutzt. Die Ergebnisse zeigen verschiedenste Protektivfaktoren, die im folgenden Abschnitt erläutert werden. Auffallend ist, dass die formulierten Protektivfaktoren vorrangig der Stabilität dienen, der Stabilität im eigenen Leben, dem (Wieder-)Erreichen eines *Lebens in Utopia* oder dem *Nicht-Wahrhaben-Wollen von Krisen*. Stabilität versuchen Männer in zwei Bereichen zu erlangen: dem sozialen Leben und durch einen entsprechenden Umgang mit Stress. In der Abb. 21 werden die Unterkategorien mit den jeweiligen Zuordnungen dargestellt. Es wird versucht, im Bereich des sozialen Lebens Stabilität durch Dazugehören zu Menschen oder Gruppen sowie einem religiösen Glauben zu erlangen. Für einen guten Umgang mit Stress werden Ablenkung, Selbstwirksamkeit sowie Optimismus genannt:

Abb. 21: Unterkategorie „Stabilität als Protektivfaktor“ (eig. Darst.)



In der Unterkategorie *soziales Leben* wird ersichtlich, dass es für die Männer in allen Altersgruppen wichtig ist, dazuzugehören, z.B. zur Familie, zu Partner*innen, zu Freunden. Es geht darum, sich austauschen zu können und nicht allein zu sein. Der Kontakt zu anderen Menschen wird als Grundlage für die Krisenbewältigung dargestellt. Das soziale Leben wird vor allem von Männern in den Altersgruppen 24 bis 30 und 70 bis 90 Jahren angesprochen (A22, A24, B7, C8, C9, FP21):

„Und das ist glaube ich schon wichtig, dass man schon viel Kontakt hat zu anderen Leuten, auch. Weil, wenn man jetzt immer nur alleine ist, das ist dann sicher nicht so einfach, wenn dann etwas daherkommt.“ (A22: 450ff.)

Ein älterer Mann und eine Fachperson bringen die Wichtigkeit von Stammtischen (C9, FP25) und Vereinen ein:

„Ah was generell hilft und bei uns am Land stärker ist als in der Stadt, sind Vereine, (2) die überwiegend Männerdominiert sind. Man darf die Feuerwehr nicht unterschätzen, als (2) als Form wo sich Männer treffen. Aber da bist auch wieder der, der Leistung bringen muss, nicht? Die Hierarchie ah da musst dabei sein. Und ich habe mir oft gedacht, warum brauchst bei jedem Dorf eine Feuerwehr. Technisch überhaupt nicht. (1) Aber gesellschaftlich immens wichtig, vor allem für Männer.“ (C9: 514-520)

Auch in der COVID-19-Pandemie wurde der Kontakt zu anderen Personen (B12, C8) vor allem für jüngere Menschen als wichtige Ressource hervorgehoben (A13, A16, B12). Das Dazugehören wird auch von einem Mann aus der Altersgruppe 70 bis 90 Jahren besonders betont:

„Weil, wenn ich geimpft bin, tue ich ja schon etwas dagegen, wenn ich nicht geimpft bin, bin ich ein Fremdkörper, bin ich immer irgendwer, der ja weiß ich wie viele anstecken kann, nicht? Sagen wir. Bei Corona jetzt.“ (C3: 213-216)

Bei den interviewten Männern sind die positiven Aspekte des Dazugehörens durch ein Harmonieempfinden bedingt (B1, B12, C3, C9). Wie zum Beispiel durch einheitliche Meinungen zu Gesprächsthemen (A13), Versöhnung nach einem Streit (B7), Abstand von Personen bzw. rausgehen zu können (A13, C9), Gewaltlosigkeit (A13) und Verantwortungsübernahme (B12). Im nächsten Unterkapitel zum *variablen Nährboden für (suizidale) Krisen* wird ersichtlich, dass fehlendes Dazugehören Krisen bedingen und eine erschwerte Krisenbewältigung beeinflussen kann. Dieser Wunsch dazuzugehören ist möglicherweise für Männer schwerer zu erfüllen (C9) und könnte zu einem Drang werden, der auch negativ bewertet wird:

„Denken in fest gefahrenen Mustern, ah wo du fast nicht ausbrechen kannst, wo du einfach so, so drinnen bist und wenn du dir dann vorstellst, du möchtest etwas Anderes machen und dann wird das vielleicht nicht anerkannt, das zu einem unglaublichen Frust sorgt, ja. Das, dieser erhobene Zeigefinger, der bei uns immer herrscht, das ist schon noch stärker als in anderen Regionen, ja. Das kannst du nicht, was würden den die Nachbarn sagen. Oder, bist du narrrisch, das haben wir ja noch nie so gemacht und das beeinflusst einfach die Leute, diese Denkmuster.“ (B6/1: 454-461)

Interviewte Männer aus den Altersgruppen 40 bis 60 und 70 bis 90 Jahren sowie eine Fachperson sprechen einen religiösen Glauben als Protektivfaktor in Krisen an (B1, B10, B12, C2, C8, FP25):

„[...] und aus meinem Glauben, meinem christlichen Glauben, das jede Krise eine Bedeutung hat und einen Zugewinn bringt. Einen Zugewinn bringt an Erkenntnissen und Erfahrung. Auch wenn man es im Moment nicht versteht. Ja. (3) Und so gesehen, so gesehen hat mir das schon im Laufe des Lebens geholfen. Die Krisen durchzutauchen. Und natürlich, wenn man jetzt schon auf 70 Jahre zurückblicken kann, die Gewissheit, dass es wieder anders und wieder besser wird. Aber schon auch, ah, durch meinen Glauben, durch Gebete und (3) äh, die Gewissheit zu haben, ich kann nicht tiefer fallen als in Gottes Hand.“ (C8/1: 141-149)

Eine Interviewperson spricht schließlich, als Hinterbliebener nach einem Suizid, die Hoffnung auf ein Wiedersehen über den Tod hinaus an:

„In meiner (2) Welt als Hinterbliebener (1) ist es wahnsinnig wichtig, dass man Hoffnung zulässt. Das mag nicht, nicht wissenschaftlich klingen, aber ich unterstelle, dass praktisch jeder Mensch, der wen anderen verloren hat, den er geliebt hat (1) tief im Inneren eine Sehnsucht hätte diesen Menschen wiederzusehen. In welcher Form auch immer. Und warum soll ich jetzt, wenn das tief in meinem Inneren ein Wunsch ist, dem entgegenwirken. Warum soll ich Hoffnung nicht zulassen. Und ich lade daher immer alle Menschen ein, als Methode, um überhaupt noch leben zu können, diese Hoffnung zu akzeptieren. (1) Und das ist natürlich gegen den Zeitgeist und klingt sehr religiös und das klingt unwissenschaftlich, aber dann kann ich nur sagen, dann ist eben die Wissenschaft unzulänglich, weil sie damit Grenzen setzt, die nichts mit dem Wesen, mit dem Wesen und der Seele eines Menschen zu tun haben.“ (FP17: 513-525)

Damit wird ersichtlich, dass das Gefühl zu Menschen oder Gruppen dazugehören sowie ein religiöser Glaube für Männer stabilisierend wirken und eine erfolgreiche Krisenbewältigung fördern kann.

Neben dem sozialen Leben als Protektivfaktor ist der *Umgang mit Stress* für die Interviewpersonen aller Altersgruppen relevant und zeigt sich in den Bereichen: Ablenkung, Selbstwirksamkeit und Optimismus. Ablenkung, in Bezug auf eine Verdrängung von Krisen oder unangenehmen Gefühlen sowie Situationen, kann eine Strategie in Krisen sein. Hinausgehen wird als Form von Ablenkung und Möglichkeit, sich selbst zu helfen, genannt (A16, A22, A24, B7, C9). Beispiele dafür sind Spaziergänge, Wandern und Sport (A16, A22, B1, B7, C3, C8, C9, FP14). Die Möglichkeit, hinauszuweichen wurde insbesondere in der COVID-19-Pandemie als relevant erachtet. Diesbezüglich wurde die ländliche Gegend als positiv hervorgehoben (B6, B12).

„Ja ich denke, das ist schwer zu verallgemeinern, aber man weiß, dass Männer einfach andere Bewältigungsstrategien im ersten wählen als Frauen. Ahm, dass es vielleicht einfach das Weitermachen, ahm sich in das Tun zu stürzen, eine Ablenkung ah Verdrängung, aktiv sein eher gewählt wird als wie bei Frauen, wo das Gespräch oder die aktive Auseinandersetzung damit da ist.“ (FP11: 244-248)

Alkohol wurde als Ablenkungs- und Bewältigungsstrategie, um mit Stress umzugehen und in weiterer Folge Stabilität im Leben zu erhalten, in neun Interviews mit Männern sowie acht Interviews mit Fachpersonen erwähnt (A16, B5-7, C3, C8, C9, FP11, FP14, FP17-20, FP23). Die Interviewpersonen äußern sich kritisch zu den Folgen von Alkohol und Drogen – angewendet, um Stabilität zu erlangen, werden Suchtmittel schließlich zu einem *Nährboden* für das Erschweren einer erfolgreichen Krisenbewältigung. Beispielsweise aufgrund der Entstehung eines Suchtverhaltens oder aggressiven Verhaltens (B5-7, B12, C2, C3, FP15):

„Das glaube ich nicht, dass sich Männer selber helfen können. Nein, ist so, diese Lösungen über Süchte, Suchtverhalten, ah ist ja nicht eine ah heilsame Lösung, das ist ja ah, (3) wenn man Feuer mit dem Öl löscht, weil die Krise wird ja nur noch stärker, wenn man Drogen nimmt oder Alkohol zu sich nimmt.“ (B5: 201-204)

Stressreduzierend wirkt auf die interviewten Männer aller Altersgruppen eine Aufgabe oder Verantwortung zu haben, etwas bei einem Problem oder einer Krise tun zu können und dadurch Selbstwirksamkeit zu erfahren (A13, A22, B6, B12, C3, C9):

„Ja das war sicher eine wilde Krise, für mich persönlich sicher eine wilde Krise. Obwohl mir waren da dann die Kinder, weil ich sie gehabt habe, ah, ah eine große Hilfe, gö. Weil ich hab ja einen Sinn gesehen. Was ja viele nicht mehr sehen, viele sagen dann, so jetzt ist die Frau fort, die Kinder weg, jetzt geht alles den Bach runter, so quasi. Das hab ich nicht gehabt, so extrem wie einer, der vielleicht einer, der das so vielleicht erlebt, weil bei mir die Kinder geblieben sind und die waren für mich erstens Verpflichtung, [...], ich hab gar nicht anders können, als dass ich geschaut hab auf sie und, und da bin, und sie haben mich abgelenkt [...]“ (B7: 29-38)

In Bezug auf die COVID-19-Pandemie wurde Entlastung durch einen angeleiteten Umgang, z.B. durch die Schutzimpfung, erwähnt (A22, B1, B5, B7, B10, B12, C3). Außerdem wurde die Möglichkeit zu arbeiten oder mit finanzieller Unterstützung in Kurzarbeit zu gehen hervorgehoben (A22, B1). Eine Arbeit zu haben, wurde allgemein für Männer als relevanter Protektivfaktor eingeschätzt (A13, A16, A22).

Optimismus wird in allen Altersgruppen der Interviewpersonen als Protektivfaktor für langanhaltende Krisen, unter anderem am Beispiel der COVID-19-Pandemie, angesprochen (A13, A16, A22, A24, B1, B7, B10, B12, C8, C9). Eine Interviewperson beschreibt den eigenen Optimismus:

„Naja (5) also ich habe immer wieder versucht Optimist zu sein, bin dadurch auch oft blind geworden für die eigene Situation. (2) Also das möchten fremde Leute unter Umständen vielleicht gar nicht für möglich halten, dass ich keine Suizidgedanken öfter habe. Aber tatsächlich, wenn man Optimist ist, wenn man versucht, das Beste aus der Situation zu machen, dann ist es noch nicht äh, äh vollkommen, äh dann ist man noch nicht so tief, dass man sagt ich weiß keinen Ausweg mehr.“ (B10: 223-229)

Verbunden mit Optimismus wird eine Verschlussenheit gegenüber äußeren negativen Einflüssen von interviewten Männern aller Altersgruppen genannt (A16, B4, B12). Bezug wird auf ein Setzen von Grenzen beim Medienkonsum und Prioritäten im eigenen Leben sowie Zeit für sich zu haben genommen (A24, B1):

„Ich beschäftige mich gar nicht zu viel mit dem Thema. Egal, wenn jetzt so extreme Krisen sind, ah, Medien meiden, (4), weil da hast du jeden Tag eine Krise, wenn du dir das zu Herzen nimmst, was da im Radio, im Fernseher gebracht wird.“ (B4: 263ff.)

Stabilität im Leben zu erhalten, bedeutet für Männer, einen passenden Umgang mit Stress zu finden. Ablenkung durch verschiedenste Aktivitäten zu erleben sowie Optimismus und das Verschließen vor äußeren negativen Einflüssen gehört für Männer unter anderem dazu. Alkohol ist ebenfalls eine Strategie, um Ablenkung und Stabilität zu erfahren. Stressreduzierend wirkt auf Männer Selbstwirksamkeit zu erleben, z.B. durch Arbeit oder bestimmte Aufgaben. In Bezug auf die COVID-19-Pandemie wird ein angeleiteter Umgang zusätzlich als entlastend angesprochen.

9.1.2 Variabler Nährboden für (suizidale) Krisen

Der Begriff „Nährboden“ stellt eine in-vivo-Kodierung dar und stammt aus dieser Interviewsequenz: „[...] dann kann ich mir das so richtig wie einen Nährboden für sowas vorstellen.“ (B1: 462f.) In dieser Kategorie berichten die interviewten Männer und Fachpersonen von verschiedensten Krisenarten, welche in die Unterkategorien *gesellschaftliche Dynamiken*, *Kontrollverlust*, *Sinn- und Perspektivenlosigkeit* sowie *Einsamkeit* eingeteilt und nun näher beschrieben werden:

Gesellschaftliche Dynamiken

Im Rahmen von gesellschaftlichen Dynamiken wurden von den interviewten Männern aller Altersgruppen Aspekte auf gesellschaftlicher Ebene angesprochen, welche die Entstehung von Krisen begünstigen können (B10). Genannt wurden dafür eine archaische Bevölkerungsstruktur (B6) und die Tabuisierung von psychischen Problemen sowie Suizidalität. Von psychischen Problemen wird abwertend gesprochen (A22) und diese werden möglicherweise aus diesem Grund verheimlicht (A24, B6). Ein interviewter Mann mit einer psychischen Erkrankung erklärt dies folgendermaßen:

„Und ah es war so, dass (3) ich (2) zu meinen Kollegen und in der Familie auch nicht darüber sprechen konnte. Weil die Diagnose in der Psychiatrie war ah psychotische Erkrankung mit schizophrenen Symptomen und das war für mich so arg, das schizophrene Symptome, dass ich mir gedacht habe, so quasi, das ist sehr, sehr abnorm, sehr, sehr weit daneben, dass ich Monate, Jahre nicht darüber gesprochen habe [...].“ (B5: 277-282)

Eine Fachperson sieht die Ursache für das Verheimlichen von Suizidgedanken darin, dass diese anders als körperliche Probleme in der Gesellschaft behandelt werden:

„Ähm, weil sie nicht so eine Reaktion erwarten würden wie auf Rückenschmerzen, Also ich kann mich nicht in das Büro setzen und sagen ja gestern habe ich wieder darüber nachgedacht mich umzubringen (lacht) und die anderen sagen, stimmt hab ich auch schon darüber nachgedacht.“ (FP21: 72-76)

Damit wird offensichtlich, dass der gesellschaftliche Umgang mit Krisen, im Sinne einer Tabuisierung oder einer abwertenden Behandlung von psychischen Problemen, Krisen einerseits begünstigen und andererseits einen adäquaten Umgang damit erschweren.

Kontrollverlust

Die Unterkategorie *Kontrollverlust* umfasst mit 135 Kodierungen eine häufige Zuordnung in den Interviews. In der Auswertung wurde ersichtlich, dass ein „*Oktroyierter Perfektionismus*“ (in-vivo-Kodierung nach B1: 532-542) negative Folgen von Kontrollverlust bei Männern begünstigt. Mit Perfektionismus einhergehend wird Selbstüberschätzung und ‚sich selbst zu wichtig zu nehmen‘ angesprochen (B1, C9). Auch Druck durch Verantwortung (B12) und hohe Ansprüche an das eigene Leben, z.B. in Bezug auf Arbeit und Familie, werden genannt (B5, C2, C3). Mit der Selbstüberschätzung wird ein Männerbild der Stärke verbunden (B5, B7).

„Der Mann, vielleicht, dass der Mann sich selber einen Druck aufbaut, er, er ja, weil er halt immer den Starken markieren will, gö. Da tut er sich selber vielleicht oft nichts Gutes. Er tut sich nichts Gutes, weil natürlich ist das Versagen dann natürlich viel schlimmer für einen, der immer glaubt er muss immer so stark sein.“ (B7: 540-544)

Ein Mann aus der Altersgruppe 70 bis 90 Jahren verbindet Perfektionismus und immer höher werdende Ansprüche mit den negativen Folgen von Unzufriedenheit:

„(6) Und, das ist ja, wenn es den Leuten zu gut geht oder der Ziege, dann springt sie über den Zaun und dass ist halt so. (2) Zu gut gehen ist auch nicht gut für die Menschheit, weißt, [...]“ (C2: 202ff.)

Als weitere negative Folge von Selbstüberschätzung, hohen Ansprüchen und Perfektionismus wird von den Interviewpersonen ein Gefühl der Überforderung (B12, B5) angesprochen. In den Expert*inneninterviews werden dafür Beispiele der Familiengründung, Schwierigkeiten im Beruf oder eine Krankheitsdiagnose genannt (FP18, FP19, FP23). Eine Fachperson bezeichnet vor allem die Lebensspanne der 40- bis 60-jährigen Männer als kritische Zeit:

„[...]], aber ich finde, das ist einfach die schwierigste Zeit im Leben eines Mannes, nicht? Höre ich von vielen Männern, was weiß ich, Kinder ziehen aus, meistens ziehen sie dann aus

zu der Zeit und manchmal ist man dann mit der Frau oder mit dem Partner wieder alleine oder keine Ahnung wie und das Altwerden ist ein extremes Thema, der Abbau von körperlicher Leistung, Veränderung von Körperbild, also da gibt es so viele Themen, die da schwierig sind in der Zeit (4) ja (4) schwierig ja.“ (FP19: 327-333)

Außerdem wird Sturheit und an der eigenen Meinung festzuhalten angesprochen (B12). Beispielsweise nicht mehr ‚so formbar von anderen Menschen‘ zu sein (B6). Ein interviewter Mann aus der Altersgruppe 70 bis 90 Jahren meint, dass Männer sturer sind als Frauen und im höheren Alter sturer werden (C3). Damit werden die Schwierigkeiten beim Erreichen von Männern mit Prävention oder Hilfe erklärt:

„Ja ich glaube, das wird schwierig sein, dass man da. Weil wenn einer da mal sein Ding hat, kommt mir gerade so vor, dass ist, wie da Scheuklappen wären wie bei einem Pferd, der geht sein Ding und er lässt von außen, er lässt dann nichts herkommen gö. Er lässt sich da nicht, und er nimmt dann vielleicht keine Beratung nicht an, (1) wenn man ihm das sagen wir irgendwie raten oder was will oder was. Dass er das ablehnt, einfach. Stursinn.“ (C3: 140-145)

Gelebter Perfektionismus kombiniert mit Selbstüberschätzung und Überforderung ist die Grundlage dafür, dass Kontrollverlust für Männer als zentraler *Nährboden* für Krisen erlebt wird.

Kontrollverlust wird im Rahmen von Krisen in der Familie, im Arbeitskontext oder durch Krankheiten erlebt. Hinsichtlich *Krisen in der Familie* beschrieben mehrere Männer Schicksalsschläge, beispielsweise den (möglichen) Tod nahestehender Menschen (A16, B1, B5, B6, C2), insbesondere von Partner*innen (A16, B5, C9). Auch Trennungen und Scheidungen wurden in den Interviews immer wieder als Krisen von Männern beschrieben (A13, C8). Diesbezüglich werden die finanzielle Situation als belastend angeführt (A16) und Probleme hinsichtlich des Sorgerechts für Kinder genannt (B7):

„Also, wenn sagen wir, die Gattin erkranken würde oder was. Das wäre ganz (2) eine schwere Krise, auch für mich, sagen wir, weil wir doch schon so lange schon miteinander da zusammen sind, [...]“ (C3: 38ff.)

Von einem älteren Mann werden Trennungen in Bezug zu sexuellen Problemen und dem Anspruch an das eigene *Mannsein* angesprochen:

„[...] und dann die Frau weg ist, einfach ausgezogen ist, sich einen anderen Partner gesucht hat. Wo dann die Männer dann alleine übrigbleiben, die aber auch nicht zugeben können, dass sie in der Situation sind, weil sie ja der Mann sind, dem das nicht passieren darf. Eine Frau geht wahrscheinlich viel leichter zu jemand anderen und klagt ihr Leid. Der Mann (2) hat den Freundeskreis nicht und dann zeigt er auch nicht die Schwäche. Was soll er den sagen? Meine Frau ist weg, weil ich sie sexuell nicht mehr befriedigen kann. Weil ich zu wenig Mann bin?“ (C9: 117-124)

Nur eine Fachperson geht im Interview auf Trennungen im Rahmen von Krisengeschehen ein und betont die Häufigkeit von Beziehungsproblemen im Beratungskontext mit Männern. Hervorgehoben wird, dass Trennungen eine

Kränkung darstellen, im Sinne von: „[...] ich bin nicht gut genug, [...]“ (FP23: 22). Erzählt wurde von einem Fallbeispiel mit einem geschiedenen Mann:

„[...] der eine irrsinnige Wut hat auf seine Frau und weil das mit dem Besuchsrecht nicht funktioniert und weil der Freund auf das Kind schaut, und das will er überhaupt nicht akzeptieren. Ich bin der Vater. Wie kann sein, dass jetzt der neue Freund auf meinen Sohn aufpasst, nicht? Also das, das da sieht man die Verletzung, das ist ja mein, mein Kind. Also wenn man rechtzeitig, ich glaube, wenn es eine gute Begleitung längerfristig geben würde und die natürlich auch in Anspruch genommen wird, bei, bei, bei Trennungen, dann würden vielleicht viele Dinge anders laufen.“ (FP23: 396-403)

Vereinzelt werden als Krisen in der Familie Gewalt (A13, C3, FP23) und körperliche oder psychische Probleme von Angehörigen angesprochen (A13, B5, C3).

In der Unterkategorie *Kontrollverlust* werden neben Krisen in der Familie häufig *Krisen im Arbeitskontext* in Form von Überlastung (A24, B5) und Arbeitslosigkeit hervorgehoben (A16, B1, B5, B12, C3). Überlastung zeigt durch das ‚mangelnde Bestehen im Beruf‘ (B7, B12) oder Probleme mit Kolleg*innen und Leitungspersonen (B4, B7, B12):

„[...] Jobverlust, höre ich auch selten, dass sich eine Frau umbringt, für den Mann ist das noch immer so eine Autoritätssache, so a keinen Job mehr, dann bin ich niemand mehr.“ (B7: 595ff.)

Auch in den geführten Expert*inneninterviews wurden berufliche Krisen als Krisenart bei Männern angesprochen (FP17, FP19, FP23, FP27) und der Zusammenhang mit Suizidalität hervorgehoben (FP11, FP18). Finanzielle Probleme und Sorgen, oft ausgelöst durch Arbeitslosigkeit, beschreiben die interviewten Männer zusätzlich (A16, B1, B4, B6, B7, B12, C2, C3). Diese werden von einem interviewten Mann sogar als ‚gefährlich‘ eingestuft:

„Wenn die Leute so einen Rhythmus haben und du alles so schön finanzierst, und auf einmal siehst du nächstes Monat, das geht sich nicht mehr aus, dann glaube ich kannst schon von einer gescheiten Krise reden. Dann wird es eine Krise. Dann wird es gefährlich.“ (B1: 234-237)

Als dritter Bereich, der zu Kontrollverlust führen kann, werden *eigene Krankheiten mit ernstzunehmenden Diagnosen* in den Interviews mit Männern aller Altersgruppen angesprochen. Diese werden als ‚legitimer‘ Grund für Suizide genannt (B4-7, C2, C3, C8, C9). Zum Beispiel ein Pflegefall zu werden und anderen zur Last zu fallen (A22, B7). Der Krankheitsbegriff bezieht sich bei den meisten Interviews auf körperliche Erkrankungen, nur selten werden psychische Erkrankungen genannt (B6, B5):

„[...] das ist gang und gäbe. Vor allem bei Krankheiten. Dass man sagt: ok eine unheilbare Krankheit, wo ich einfach keine Heilungschance mehr sehe, ja ähm, dann beende ich das Ganze selber zu einem Zeitpunkt, den ich bestimme. Und die Einstellung habe ich grundsätzlich auch, ja.“ (B6/1: 578-582)

Krankheiten als möglicher Krisen Anlass bei Männern wurden auch in den Expert*inneninterviews angesprochen (FP18, FP19, FP23). Eine Fachperson äußert dazu, dass es um die subjektive Bewertung der diagnostizierten Krankheit geht:

„Wobei das jetzt nicht unbedingt jetzt Krebs oder eine schwere oder eventuell tödlich verlaufende Erkrankung sein muss. Es geht um die subjektive Bewertung, zum Beispiel haben wir herausgefunden, dass die Ankündigung von Kataraktoperationen relativ gehäuft bei den Patienten, bei den Menschen dann gefunden wurde, die sich später suizidierten.“ (FP18: 175-179)

Eine Alkoholabhängigkeit wird von den Interviewpersonen als belastend erwähnt, auch für die Familie (B5, B6, C2, C3, FP18, FP23). Wie bereits bei den Ausführungen zu den Protektivfaktoren beschrieben wurde, wird Alkohol sowohl als Protektivfaktor im Sinne einer Ablenkungsstrategie als auch als Nährboden für (suizidale) Krisen und mögliches Warnsignal für die Verschlimmerung einer Krise genannt.

Zusammenfassend zeigt sich, verbunden mit einem favorisierten Perfektionismus im Leben, ein Kontrollverlust durch Probleme in Familie, Arbeit und Gesundheit. Dies sind zentrale Bereiche für Männer, in denen Krisen entstehen.

Sinn-, Perspektiven- oder Ausweglosigkeit

Diese Unterkategorie umfasst Codes von Interviewpersonen, die Krisen sowie Suizidalität aufgrund von einer verspürten Sinn-, Perspektiven- oder Ausweglosigkeit beschreiben oder versuchen dadurch zu erklären (B6, B7, C9). In den Interviews mit Männern wird auf den Zusammenhang von Suizidalität und dem Gefühl, eine Last oder wertlos zu sein, sowie keine Anerkennung zu erfahren, eingegangen (C9). Ein interviewter Mann beschreibt die Vielseitigkeit des Gefühls, eine Last zu sein:

„Wenn das mal nicht mehr so da ist, dann fragen sich die Leute sicher, für was lebe ich noch? Was tue ich da? Ich werde eine Last, das ist ja auch vielfach, ich werde eine Last für den Anderen, ich werde eine finanzielle Last, ich werde für das Pflegepersonal eine Last, ich selbst bin mir eine Last und das zerrt und das schaukelt sich auf im Laufe der Zeit. Bis das dann der Entschluss reift.“ (B1: 454-459)

Bezug wird auf die beschriebenen Aspekte im Rahmen der Unterkategorie des Kontrollverlustes genommen: Hinsichtlich Sinn-, Perspektiven- oder Ausweglosigkeit werden Krankheiten in Zusammenhang mit einem lebenswerten, sinnvollen Leben (A22, B1, B7, C8, C9), Arbeit (B6) sowie Krieg (B12) erwähnt. Zusätzlich wird die Abkopplung von einem religiösen Glauben als negativer Einflussfaktor angesprochen (B1, C2). Fachpersonen erwähnen ebenfalls die Sinn-, Perspektiven- und Ausweglosigkeit und beziehen dies auf verschiedene Krisensituationen, wie einen Führerscheinentzug oder den Einzug in ein Pflegeheim (FP18, FP23). Manche Interviewpersonen benennen ältere

Männer wegen Einschränkungen der Autonomie als Risikogruppe (FP18, FP21):

„Du hast mich angefragt, angedet, warum glaubst du, dass Männer in die Situation kommen, ältere Männer. Weil sie dann den Sinn ihres Daseins verlieren. Der Versorger zu sein, der Beschützer zu sein, die Schulter wo man sich als Frau anlehnen kann und wenn man dann auch natürlich ein Problem hat mit seiner Sexualität, das darf man nicht unterschätzen, [...]“ (C9: 174-179)

Sinn-, Perspektivenlosigkeit oder das Gefühl, keinen Ausweg mehr aus Krisen zu sehen, erscheinen in der Auswertung der geführten Interviews als weitere Risikobereiche für Männer in Krisen. Feststellen lässt sich ein Zusammenhang mit den beschriebenen Themen im Rahmen eines verspürten Kontrollverlustes. Das Gefühl von Wertlosigkeit, eine Last zu sein oder keine Perspektive mehr zu haben, scheint eine Verschärfung des Kontrollverlusts zu sein.

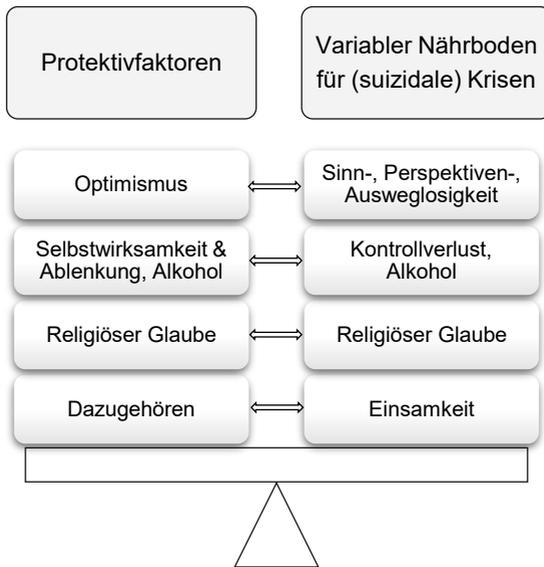
Einsamkeit

Einsamkeit wird als weiterer zentraler *Nährboden für (suizidale) Krisen* bezeichnet (A16, B1, B5, C2, C3, C9). An dieser Stelle beziehen sich die Interviewpersonen häufig auf ältere Männer. Angesprochen wird der Wegfall sozialer Netzwerke durch den Pensionsantritt und das Versterben von Bezugspersonen (B1, B5, C2, C8, FP18, FP19, FP20, FP21, FP23, FP27):

„Also der, (2) der Mann der, der sich, (3) der alleingelassen wird, der keinen Sinn in seinem Leben mehr findet. Der auch den Kontakt zu seiner Außenwelt abgebrochen hat (2), der will auch nicht mehr. (1) Außer er kommt in eine Situation wo er aufgefangen wird, [...]“ (C9: 704-707)

Abschließend soll auf den Zusammenhang der beschriebenen Themenbereiche bei den Protektivfaktoren und dem *variablen Nährboden* für Krisen verwiesen werden. Protektivfaktoren dienen der Stabilität und die dargestellten *variablen Nährböden für (suizidale) Krisen* stören diese Stabilität oder drohen sie aufzubrechen. So wird Einsamkeit als begünstigender Zustand für (suizidale) Krisen beschrieben, andererseits wird das Dazugehören zu Menschen und Gruppen als zentraler Protektivfaktor benannt. Ein religiöser Glaube kann ein Protektivfaktor in Krisen sein, die Abkehr vom religiösen Glauben wird als Nährboden für Krisen formuliert. Ein erlebter Kontrollverlust zeigt sich durch das Fehlen der Protektivfaktoren Selbstwirksamkeit sowie fehlender Möglichkeiten sich abzulenken. Alkohol wird ebenfalls als Protektivfaktor sowie Risikofaktor erwähnt. Ein weiterer Gegensatz bildet der Protektivfaktor Optimismus auf der einen Seite und eine verspürte Sinn-, Perspektiven- oder Ausweglosigkeit auf der anderen Seite. Die dargestellten gesellschaftlichen Dynamiken bilden den Rahmen für gesellschaftliche Erwartungen von außen und an die eigene Person. Die folgende Abb. 22 dient der Darstellung der beschriebenen Zusammenhänge:

Abb. 22: Zusammenhänge Protektivfaktoren und variabler Nährboden für Krisen (eig. Darst.)



In der Gesamtbetrachtung zeigt sich die Schlüsselkategorie *Leben in Utopia* als eine Wunschvorstellung der interviewten Männer. Dargestellt wird ein Idealzustand, welcher versucht wird durch das *Nicht-Wahrhaben-Wollen von Krisen*, durch eine Haltung, geprägt von Tabuisierung und Vermeidung von Krisen und Suizidalität sowie dem Versuch einer Stabilisierung durch verschiedenste Strategien, aufrechtzuerhalten. Protektivfaktoren und *Nährböden für suizidale Krisen* weisen in den Ergebnissen Überschneidungen auf. Dementsprechend scheint vermehrt die Ausprägung dieser Bereiche für deren Wirkung relevant zu sein. Bereits durch diese Schlüsselkategorie wurden zentrale Schwierigkeiten für eine erfolgreiche Krisenbewältigung offensichtlich.

9.2 Die Welt der Dilemmata: Suche bzw. Annahme von Prävention und/oder Hilfe

Nach der Beschreibung der ersten Schlüsselkategorie *Leben in Utopia* im Rahmen des *Erklärungsmodells der erschwerten Hilfesuche/Hilfeannahme von Männern in Krisen* (siehe Abb. 18) folgt nun die Darstellung der Ergebnisse der nächsten Schlüsselkategorie *Die Welt der Dilemmata* und somit des zweiten Teils des *Erklärungsmodells*. Dabei wird auf formulierte Schwierigkeiten und Herausforderungen in den geführten Interviews eingegangen, sollten Männer aus dem *Leben in Utopia* heraustreten und weiter in Richtung Suche bzw. Annahme von Prävention oder Hilfe gehen. Der Begriff „Dilemmata“ stellt eine in-vivo Kodierung dar und stammt aus dieser Interviewsequenz:

„Du bist in einem Dilemma drinnen, willst es nicht wahrhaben, dass du professionelle Hilfe brauchst. (2) Und dann schämst dich vielleicht ein bisschen, ich als starker Mann, gö.“ (B12: 107ff.)

In den Interviews wird häufig angesprochen, wie schwer es für Männer ist, Hilfe zu suchen und anzunehmen (A13, A16, B1, B4-7, B12, C2, C3, C9). Hilfesuche wird als ‚gefährlich‘ beschrieben und nur als Möglichkeit betrachtet, wenn eine Krisenbewältigung allein nicht möglich ist (B10):

„Ja vor allem Unterstützung, (1) nur tun sie sich schwer, dass sie das annehmen. So wie es bei mir war halt, nicht. (1) Also da hat es schon lange gebraucht, bis ich die angenommen habe, die Hilfe. Da gehört schon viel dazu, dass du den einen überredest.“ (B12: 10-13)

Die Fachpersonen nennen ebenfalls die Schwierigkeiten von Männern bei der Hilfesuche/Hilfeannahme (FP11, FP14, FP15, FP17, FP19-21, FP25-27):

„[...] , dass Männer vermehrt glauben die Sache selber lösen zu müssen. Und wir wissen auch ah aus allen Zahlen von Beratungsangeboten (hustet), dass Männer den Zugang zu Beratungs-, und Hilfsangeboten viel schwerer finden, dass sie das viel später wahrnehmen, wenn überhaupt. Das ist irgendwie ganz ganz schwierig (1) Männer da hinzubekommen, dass sie sich die Hilfe, die es gibt auch holen.“ (FP25: 131-136)

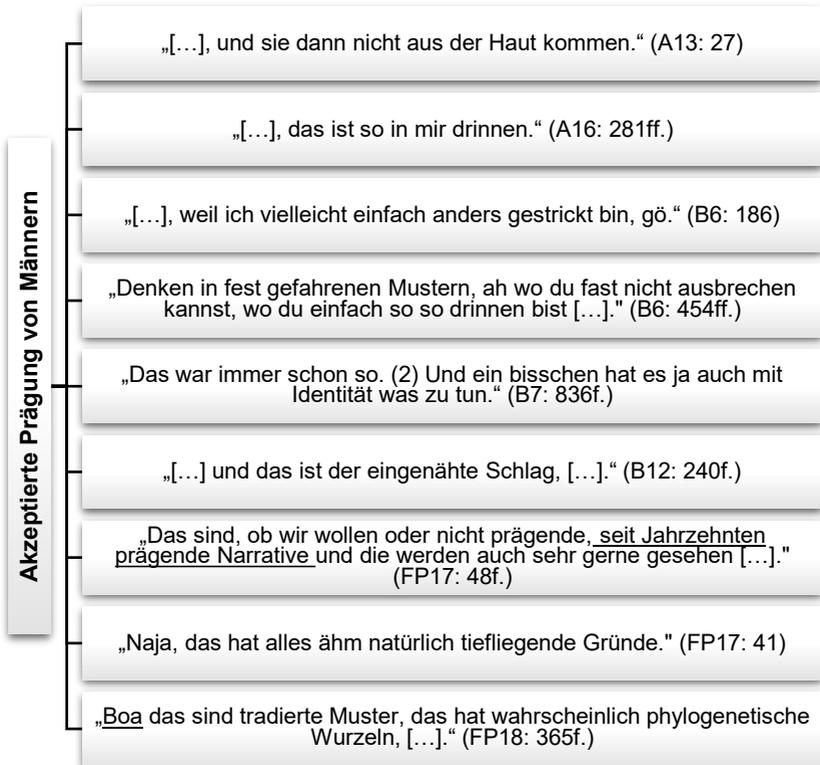
Eine Fachperson versucht die erschwerte Hilfesuche und Hilfeannahme mit der Symptomatik von psychischen Erkrankungen zu erklären:

„[...] andererseits muss man sagen, dass wenn wir jetzt im Kontext Suizidalität von unerkannten, nicht behandelten oder nicht ausreichend behandelten psychischen Erkrankungen äh ausgehen. Dann bedeutet das ja letztendlich auch, dass der depressive Mensch äh ja tatsächlich beeinträchtigt ist in seiner psychosozialen Leistungsfähigkeit (1) und nicht mehr erreicht werden kann oder nein anders er kann sich selbst nicht mehr Hilfe organisieren, weil das Teil der Erkrankung ist, Rückzugsverhalten, Antriebsverminderung und ähnliches mehr.“ (FP18: 325-332)

Die dargestellten Schwierigkeiten in Bezug auf Hilfesuche, Hilfeannahme und Prävention entspringen verschiedenen *Dilemmata*, denen Männer ausgesetzt

sind. Diese werden in diesem Kapitel dargestellt. Die Interviewpersonen beschreiben den Umgang mit Krisen von Männern in Bezug auf eine Prägung hin zu einem *Männerbild der Stärke und Unverletzlichkeit* und verwenden dafür unter anderem die Bezeichnungen in Abb. 23.

Abb. 23: Unterkategorie „Die akzeptierte Prägung von Männern“; Beispielzitate (eig. Darst.)



Ersichtlich werden an den dargestellten Zitaten eine formulierte Gegebenheit und Unausweichlichkeit. Auch in anderen Interviewstellen wird betont, dass es ‚immer‘ bzw. ‚halt‘ so ist (A22, B4, B6, B7, B12), keine anderen Möglichkeiten für den Umgang mit Krisen bestehen (B5, C3) und dies verbunden mit den hohen Ansprüchen an Männer ist (C3). Fachpersonen betonten diese Aspekte und sprechen ein *Männerbild der Stärke und Unverletzlichkeit* sowie die

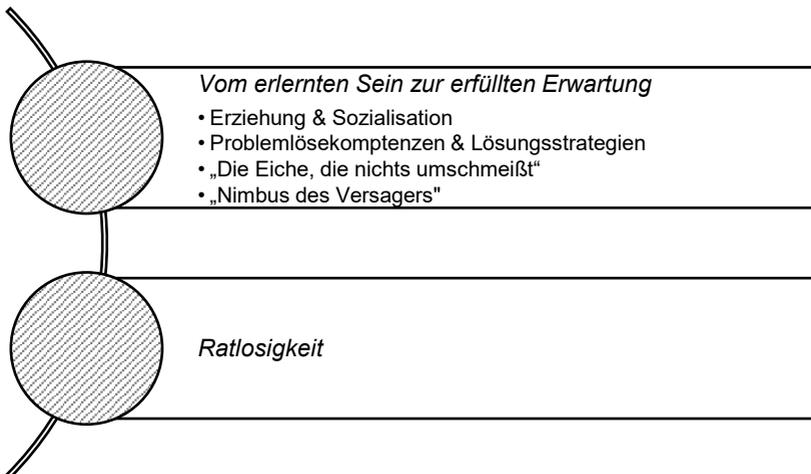
Schwierigkeit einer Veränderung an (FP11, FP18-20, FP25, FP26). Zusätzlich wird bei Frauen auf eine Prägung verwiesen, die Hilfeannahme indiziert:

„Ein zweites ist logischerweise, dass Frauen auch aus unserer gesellschaftlichen Prägung heraus, bereit sind sich unterstützen zu lassen, bereiter sind sich unterstützen zu lassen.“ (FP17: 276ff.)

Zusammenfassend werden Schwierigkeiten am Weg zur Hilfesuche und Hilfeannahme in Krisen für Männer im Sinne von verschiedenen *Dilemmata* ersichtlich. Beschrieben wird eine Prägung in Form von Einstellungen, Normen, Werten, Verhaltensweisen und Regeln, entsprechend der Geschlechterzugehörigkeit. Männer sind diesen ‚ausgeliefert‘ und diese sind nicht oder sehr schwer abänderbar. In weiterer Folge werden diese (meistens) akzeptiert bzw. gebilligt und so zu einer *akzeptierten Prägung*. Diese können einem *Männerbild der Stärke und Unverletzlichkeit* zugeordnet werden.

Die Abb. 24 soll die weiter beschriebenen Kategorien und Unterkategorien darstellen. Die Kategorie *Vom erlernten Sein zur erfüllten Erwartung* umfasst vier Unterkategorien: *Erziehung und Sozialisation*, *Problemlösekompetenzen und Lösungsstrategien*, *„Die Eiche, die nichts umschmeißt“* (B7: 813) sowie *„Der Nimbus des Versagers“* (B6/1: 302-305). Abschließend wird in diesem Unterkapitel auf die ausgewertete Ratlosigkeit eingegangen.

Abb. 24: Schlüsselkategorie „Die Welt der Dilemmata“; Kategorien und Unterkategorien (eig. Darst.)



9.2.1 Vom erlernten Sein zur erfüllten Erwartung

Einen großen Beitrag bei der Entwicklung der dargestellten Prägung hin zu einem *Männerbild der Stärke und Unverletzlichkeit* scheint das Erlernen von Einstellungen und Verhaltensweisen zu haben und der Drang, die dadurch entstehenden Erwartungen zu erfüllen. Dieses erlernte Sein prägt den Umgang mit krisenhaften Situationen. Beginnend mit dem Abschnitt zur Erziehung und Sozialisation werden die vier Bereiche dargestellt, die dieses *vom erlernten Sein zur erfüllten Erwartung* fassbar machen:

Erziehung und Sozialisation

Erziehung und Sozialisation scheinen den Umgang mit Krisen maßgeblich zu beeinflussen und die beschriebene Prägung entsprechend einem *Männerbild der Stärke und Unverletzlichkeit* zu erzeugen. Die Erziehung durch die eigenen Eltern wird öfter angesprochen (A13, B5, B12, FP20, FP26):

„Aber wir sind halt noch die gewesen, die so aufgewachsen sind, erzogen worden sind, das Umfeld so war, jetzt tun wir uns halt wahrscheinlich irrsinnig hart mit dem, (1) Hilfe zu suchen, Hilfe anzunehmen, [...]“ (B7: 98-101)

Hervorgehoben werden Unterschiede in der Erziehung und verschiedene Ansprüche an die Geschlechterrollen (B7, B10, FP17). Eine Fachperson beschreibt die Ansprüche an Männer und damit verbundene Schwierigkeiten anschaulich und nimmt Bezug auf den Umgang mit Gefühlen:

„Wenn bei einem Jungen, der sich weh tut, kommt schnell mal der Spruch ein Indianer kennt keinen Schmerz, oder? [...] Wenn man sich gewisse Situationen ansieht, wo, wo Frauen ihre Gefühle ganz deutlich zum Ausdruck bringen, stehen Männer sehr stoisch und in sich gekehrt da, bei einem Begräbnis oder so. Ich glaube das hat sehr viel damit zu tun, wo ich eh schon angesetzt habe, mit den xy (Schulungen) eigene Gefühle zu erkennen und eigene Gefühle ausdrücken zu dürfen. Ja. Das müsste vielmehr kommen und das muss man aber vorgelebt bekommen. Wenn das der Vater schon nicht kann, weil es der Großvater nicht konnte, dann kann es der Sohn wahrscheinlich auch nicht.“ (FP25: 189-201)

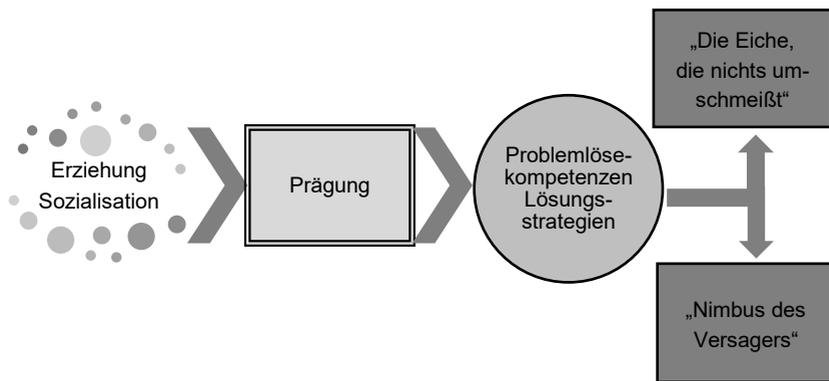
Neben den eigenen Eltern werden der Freundeskreis (A13, B6) und Ausbildungen (B6, C8, FP18, FP26) als beeinflussend beschrieben. Die Interviewpersonen sprechen Unterschiede in Bezug auf die Örtlichkeit des Aufwachsens an, beispielsweise in Hinblick auf mehr Offenheit in der Rollenverteilung der Geschlechter in nördlichen Ländern (C9), kulturelle und religiöse (FP25, FP26) sowie geschichtliche Hintergründe (A13). Erwähnt wird das unterschiedliche Aufwachsen in ländlichen Gegenden oder in Städten (A24, B6):

„Aber (2) gerade bei uns im Bezirk Murau ist es halt immer noch so ein Zeichen von Schwäche, das Eingestehen. (2) Es ist so eine archaische Gemeinschaft da, ja, eine ritualisierte Gesellschaft, die sehr konservativ denkend, ja, wo so was (2) weggeleitet wird, nicht existiert, ja. Ahm so nach dem Motto: jetzt reiß dich mal zusammen und, und das wird eh schon

wieder, was tust denn herum, ja, so ein Blödsinn, [...]. Wenn wir so gearbeitet hätten früher, oder das hörst halt immer wieder. Wenn wir so gewesen wären, wäre gar nichts entstanden und so weiter. [...], dass sich Menschen öffnen können und proaktiv an eine Krise herangehen ist ein Problem bei uns im Bezirk, ja.“ (B6/1: 94-104)

Wie in der folgenden Abb. 25 dargestellt, hat der Prozess rund um die Prägung zu einem *Männerbild der Stärke und Unverletzlichkeit* verschiedene Folgen, die den weiteren Umgang mit Krisen und Suizidalität beeinflussen:

Abb. 25: Schlüsselkategorie „Die Welt der Dilemmata“; Hintergründe zur Entstehung der Dilemmata (eig. Darst.)



Ausgehend von Erziehung und Sozialisation entsteht eine Prägung hin zu einem *Männerbild der Stärke und Unverletzlichkeit*. Dies führt zu fehlenden oder weniger förderlichen Problemlösekompetenzen und Lösungsstrategien. Schließlich ergeben sich daraus für Männer, die nach diesem Männerbild geprägt wurden und danach leben, die beiden Möglichkeiten, diesen Prinzipien zu entsprechen und eine *Eiche zu sein, die nichts umschmeißt* oder vom *Nimbus des Versagers* einvernahmt zu werden. Die Ergebnisse der entsprechenden Unterkategorien werden in den nächsten Abschnitten präsentiert:

Problemlösekompetenzen und Lösungsstrategien

Offensichtlich wird durch die geführten Interviews mit Männern in allen Altersgruppen, dass durch Erziehung und Sozialisation verschiedenste Erfahrungen gemacht werden, die zu *erfahrungsbasierten Strategien der Krisenbewältigung* führen (A16, B5, B7, C3, C9, FP18, FP19). Eine Fachperson betont die unterschiedlichen Erfahrungen in Bezug auf Hilfesuche:

„Und es ist, eine Erfahrungsgeschichte, bin ich in meinem Umfeld ähm damit vertraut, dass man um Hilfe bitten darf oder empfinde ich das als persönliche Erniedrigung, also ähm ich würde das eher so betrachten.“ (FP17: 131-134)

Erwähnt werden neben dem bereits beschriebenen Vermeidungsverhalten bei Krisen (siehe ab Seite 76 *Das Nicht-Wahrhaben-Wollen von Krisen*) folgende Strategien von Männern zur Problem-, und Krisenbewältigung: Alkohol und Drogen (B5, B6, FP14, FP20), Gewalt (B5, B7), soziale Kontakte und die Einnahme von Psychopharmaka (B5, B6). Dazu formuliert ein Mann seine Problemlösestrategien im folgenden Zitat:

„Dass man Menschen hat, die einem betreuen und die einem bei den Alltagserledigungen unterstützen, dass man sozialen Kontakt hat zu wen, habe ich gehabt, zu diesen Schwiegereltern. Und dass ich verlässlich, hochdosiert mein Antidepressivum genommen habe, also eine Antidepressions-Tablette, ohne die zwei Dinge würde ich, äh, hätte ich noch einmal einen Suizidversuch, hätte ich gemacht und hätte das nicht aushalten können.“ (B5: 165-170)

Eine Fachperson benennt das Reden über Gefühle als Problemlösungskompetenz und Schwierigkeiten, wenn dies nicht erlernt wurde:

„Weil ich denke vor allem bei den Männern ist es bei der Altersgruppe 75+ ist auch, dass über Dinge zu reden, auch oft gar nicht so als Kompetenz ah erlernt worden, weil das vielleicht schon in der Kindheit und früher in der Jugend gar nicht so da war, dass man erlernt hat über Gefühle und innere Zustände ah zu reden. Und dann kann man nicht erwarten von jemanden, der 70 oder 80 ist, dass die Person das auf einmal kann. Die weiß vielleicht, mir geht es total schlecht, aber sie kann das vielleicht selber gar nicht in Worte fassen, wie es ihr geht oder weiß es gar nicht, weil sie einfach diese Kompetenz darüber zu reden einfach nicht erlernt hat und ahm da braucht es eine sehr einfühlsame Umgebung da hinzuhören, wenn Männer auch kommen über körperliche Beschwerden, da vielleicht ein bisschen nachzufragen ah und, und dann der Person die Hilfe dann zukommen zu lassen.“ (FP11: 307-318)

Häufig wird dementsprechend betont, dass Jungen und Männer nicht über adäquate Problemlösekompetenzen verfügen (A24, B1, B7, C3, C9, FP11, FP17, FP19, FP26). Im folgenden Interviewzitat wird von einem Mann der schwierige Umgang mit Krisen beschrieben:

„Ich sage, das Problem ist, sie können nicht umgehen damit, [...]. Mit dem können Männer wahrscheinlich weniger gut umgehen, warum auch immer, ist es aus, aus den Hormonen heraus, ist es aus, aus der Evolution heraus. Aber ich bilde mir ein, dass Frauen sicher besser umgehen können mit Problemen wie Männer.“ (B7: 606-613)

Hinzu kommt, dass *Suizide als eine anerkannte Problemlösestrategie* gelten. Es wird ein ‚ausschlaggebender Grund‘, eine Ausweglosigkeit, z.B. eine unheilbare Krankheit, angenommen. Suizide werden als einfache Lösung, überlegte Handlung, bewusste Entscheidung oder eigener Wunsch gedeutet und akzeptiert (A24, B6, B7, B10, C9, FP19). Von Fachpersonen wird dies im Zusammenhang mit dem assistierten Suizid im Spannungsfeld zwischen freier bewusster Entscheidung und einer ‚Notmaßnahme‘ angesprochen (FP15, FP19). Das ausgewählte Zitat zeigt dieses Verständnis für Suizide:

„Oft sind Leute wirklich oft in aussichtslose, wo oft Situationen sind, wo du dir denkst, boaden hat es schon hart getroffen und wie schafft er das. Da gibt es oft schon Leute, wo oft auch Außenstehende dann sagen, man kann es verstehen. Ich mein, verstehen kann man es eigentlich nie.“ (A24: 133-137)

Bezug wird auf die beforschten Regionen genommen und Suizide als gesellschaftlich anerkannt und normal in Murau und im Murtal beschrieben (A24, B6). Sie werden unter anderem als „Tradition“ (B6/1: 432-436) und als Reaktion, wenn „[...] Schande über die Familie oder irgendetwas gebracht [...]“ wird (B6/1: 506-519), bezeichnet. Eine Interviewperson spricht den Suizid als „Heldentat“ an und beschreibt eine „Legendenbildung“:

„Auf der anderen Seite habe ich schon ab und zu so den Eindruck, dass es als Heldentat gilt, dass so eine Legendenbildung, mit so einer gewissen Achtung dann, (1) dass man sagt: Du schau, boaden hat sich jetzt, der hat sich da jetzt, ah verzeih mir die Wortwahl, weggetan. Wird schon seinen Grund gehabt haben. (3) Also, ja. Ja. So wird das wahrgenommen bei uns.“ (B6/1: 486-491)

Suizide und Suizidversuche werden unterschiedlich bewertet (B1, B6). Ein überlebter Suizidversuch wird als Kurzschlussreaktion und Hilfeschrei beschrieben (A24, B4, C9). Im Gegensatz dazu werden entschlossene, gut überlegte Suizide (A24, B6) oder unbewusste Suizide beschrieben, im Kontext derer selbstschädigendes Verhalten stattfindet und medizinische Hilfe vermieden wird (A24). Suizide aufgrund familiärer Probleme werden mehr akzeptiert als Suizide aufgrund von Arbeitsproblemen (A16). Evident wird, dass eine altersabhängige Bewertung und Akzeptanz bestehen. Suizide von älteren Männern werden eher akzeptiert, Suizide von jüngeren Männern schockieren mehr:

„Wenn ich so Geschichten gehört habe, wenn ich an den Fall denke, wo ich persönlich sehr nahe dran war schon, weil das war ein 15-jähriger Bub, das ist. Hat eine völlig andere Dimension, als wenn der Altbauer mit dem Strick in die Tenne raufgeht, nicht.“ (B6/1: 477-481)

Im Gegensatz dazu finden sich Äußerungen in den Interviews, in denen ‚Suizide als egoistische Flucht vor (lösbaren) Problemen‘ sowie als Schwäche dargestellt werden. Es besteht auch ein Unverständnis gegenüber Suizident*innen (A22, A16, A24, B6, B7, B12, C2, C9). Eine Verbindung wird zum früheren Umgang mit Suizident*innen in der katholischen Kirche, z.B. im Hinblick auf Begräbnisse, hergestellt (B6, B7).

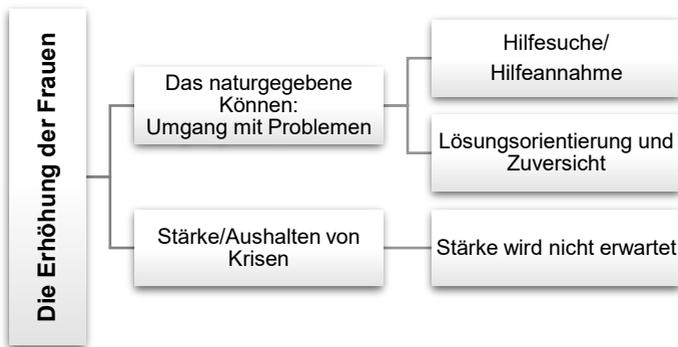
„Das ist nicht stark, wenn der da runterspringt oder sich aufhängt oder sonst was. Im Prinzip ist er schwach. Eigentlich ist es eine Schwäche, gö, eigentlich fast. Weil er sich keinen Ausweg sieht. Weil er die Probleme nicht lösen kann. Er kann die nicht mehr lösen. Und deswegen ist es eigentlich eine Schwäche, wenn du aus dem Leben gehst (3), weil alles, was du hinterlässt, allein wenn Kinder da sind, das ist ja ein Wahnsinn.“ (B7: 972-978)

Damit zeigt sich, dass Suizide, vor allem in den beforschten Regionen, als mögliche Problemlösungsstrategie angesehen werden. Männern werden von

den Interviewpersonen meist förderliche Problemlösekompetenzen und Lösungsstrategien abgesprochen.

Gleichzeitig passiert eine *Erhöhung der Frauen*, im Sinne ihres Umgangs mit Problemen oder Krisen. Präsentierte Problemlösekompetenzen von Frauen werden in der folgenden Abb. 26 dargestellt und anschließend beschrieben. Frauen wird ein ‚naturegegebenes Können im Umgang mit Problemen‘ und/oder ‚Stärke‘ im Sinne eines Aushaltens von Krisen zugesprochen:

Abb. 26: Unterkategorie „Problemlösekompetenzen und Lösungsstrategien; Die Erhöhung der Frauen“ (eig. Darst.)



Frauen wird Offenheit, das Reden über Probleme und (schnelleres) Annehmen von Unterstützung zugesprochen (A13, A16, B4, B5, B7, B10, B12, C8, C9, FP15, FP18, FP20, FP21, FP25-27): „[...] und das Schweigen krankmacht und Reden heilt, das wird man den Männern vielleicht stärker vermitteln müssen als den Frauen.“ (FP18: 356f.) Es wird angegeben, dass Frauen Gefühle zeigen (B7, C9, FP25) und sich bei Problemen weniger schämen (B7). Außerdem werden Frauen vermehrt Problemlösestrategien, Lösungsorientierung, Klugheit und Zuversicht zugeschrieben (A24, B7, C2, C3, C8). Frauen werden als stärker, als das starke Geschlecht, bezeichnet (B1, B4, B7, C8). Stärke wird assoziiert mit dem Aushalten von Krisen, z.B. „Hartnäckigkeit“ (B1: 314) oder „Standfestigkeit“ (B1: 320). Erwähnt wird, dass der Anspruch an Frauen, stark zu sein, nicht so sehr besteht wie bei Männern (B7).

„Vielleicht ist der Mann, jetzt ganz blöd gesagt, sogar der feigere, der es einfach nicht verträgt, den Schmerz nicht erträgt, was die Frauen aber vertragen. Die steht das durch und, und findet eine Lösung und es geht schon wieder. Und der Mann sagt aus nein und sagt ich halte das nicht aus und springt runter. Vielleicht ist er ja sogar der Schwächere. Das ist nämlich gar nicht einmal gesagt, dass er der (1) Mutigere sein müsste, wenn du das Leben beendest.“ (B7: 575-580)

Eine Fachperson überlegt zu unterschiedlichen Reaktionen auf die hohe Suizidrate von Männern, im Vergleich zu einer möglichen höheren Suizidrate von Frauen:

„[...] und ich glaube die Frau ist auch durch die lange Unterdrückung auch stärker geworden auch. Wenn sich z.B. 80% Frauen das Leben nehmen würden, ich glaube die Frauen würden auf die Straße gehen und würden revoltieren und würden aufzeigen, das lassen wir uns nicht mehr gefallen, wir brauchen Hilfe. Bei den Männern hört man nichts. Von den Männern hört man eigentlich nichts. Da bin ich überzeugt davon, dass Frauen sofort aufzeigen würden und auf die Straße gehen würden [...]“ (FP23: 160-166)

Für die erwähnte bessere Krisenkompetenz der Frauen (FP23) wird versucht, Erklärungen mit der Natur, Evolution, Neurobiologie oder Hormonen zu finden. Beispielsweise wird es als fraglich angesehen, ob Männer überhaupt in der Lage sind, Problemlösekompetenzen zu erlernen, wenn Frauen dies von Natur aus können (B5, B7, FP18):

„Die Frauen sind wahrscheinlich anders gestrickt im Gehirn. Die haben da wahrscheinlich irgendeine Teile im Gehirn. Ja, sie können besser umgehen mit der Krise, sie sind hartnäckiger, zach, zacher wie Männer. Sie halten mehr aus.“ (B1: 312ff.)

Über förderliche Problemlösekompetenzen und Lösungsstrategien in krisenhaften Situationen scheinen Männer, bedingt durch (fehlende) Erfahrungen durch Erziehung und Sozialisation, oft weniger ausreichend zu verfügen. Notwendige förderliche Kompetenzen und Strategien werden vielmehr Frauen, durch ein naturgegebenes Können im Umgang mit Problemen oder Krisen sowie einer Stärke im Sinne eines Aushaltens schwieriger Situationen, zugesprochen. Damit wird, wie bereits bei den Ausführungen zur *akzeptierten Prägung*, eine beschriebene Ausweglosigkeit, die Unmöglichkeit einer Veränderung im Rahmen von Problemlösekompetenzen bei Männern offensichtlich.

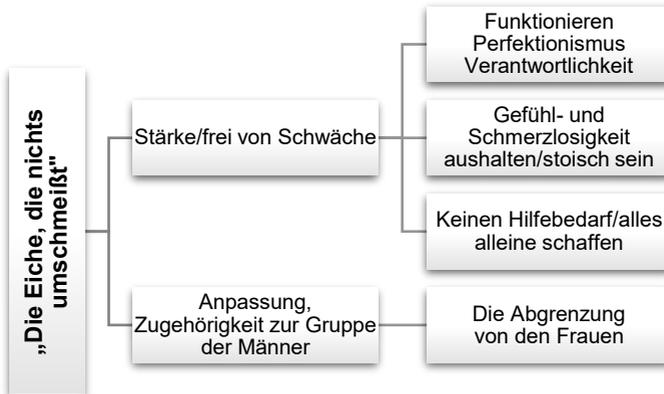
„Die Eiche, die nichts umschmeißt“

Basierend auf Erziehung, Sozialisation und Prägung hin zu einem *Männerbild der Stärke und Unverletzlichkeit* sowie den damit verbundenen (nicht) vorhandenen Problemlösekompetenzen und Lösungsstrategien, erscheinen zwei Möglichkeiten für Männer zu bestehen. Eine davon ist, diesem *Männerbild der Stärke und Unverletzlichkeit* zu entsprechen. Eigene Einstellungen und Verhaltensweisen werden dem angepasst, um zu einer „Eiche“ zu werden, die „nichts umschmeißt“ (B7: 813). Diese Formulierung stellt eine in-vivo Kodierung da und stammt aus diesem Interviewabschnitt:

„Auch, weil Männer ja seltener Vorsorgeuntersuchungen machen, weißt eh gö, weil sie sind ja die Eiche, die nichts umschmeißt. Die sind so, die leben in der Welt, sobald ich eine Hilfe oder einen Arzt in Anspruch nehme, nimm, bin ich eigentlich schwach, so ungefähr musst du dir das vorstellen. Sobald ich Hilfe suche, muss ich ja schwach sein, weil sonst suche ich mir ja keine Hilfe, gö. Das ist halt das dumme Denken, das Männer oft haben, und darum werden sie (2) leider solche Sachen nicht so in Anspruch nehmen.“ (B7: 812-819)

Die Abb. 27 stellt die folgende Unterkategorie dar. Im Vordergrund steht Stärke zu zeigen und Zugehörigkeit zu der Gruppe der Männer zu erfahren:

Abb. 27: Unterkategorie „Die Eiche, die nichts umschmeißt“ (eig. Darst.)



Häufig wird der Anspruch formuliert, *Stärke zu zeigen* oder zumindest frei von Schwäche zu sein. Damit einhergehen: keine Gefühle zu zeigen, sich durchzusetzen, etwas darzustellen, alles selbst zu machen, gesund zu sein, unbesiegbar oder einfach besser als andere zu sein (A13, A22, B4-7, B12, C9, FP15). Auch Fachpersonen sprechen von der Bedeutsamkeit für Männer, Stärke zu zeigen. Unter anderem erscheint Hilfsuche unerwünscht und wird dadurch erschwert (FP11, FP14, FP17, FP19-21, FP23, FP26). Die geforderte Stärke wird im ausgewählten Zitat beschrieben:

„Das Leben eines Mannes ist ja nicht so einfach, nicht. Weil du musst ja stark sein, du musst ja ständig was darstellen, du musst ständig der Schnellste, der Größte, der Beste, der Schönste sein.“ (B6/1: 55ff.)

Beschrieben wird die Hoffnung durch das Zeigen von Stärke, wieder stark zu werden (A16). Oft wird mit Starksein ein Funktionieren, Perfektionismus und (Selbst-)verantwortung, verbunden (B1, B4, B6, B12, C9, FP15, FP17, FP21, FP26). Unter anderem gehört es dazu, ein Beschützer und Versorger zu sein (B7, C9, FP21) und den eigenen Stolz sowie die eigene Ehre zu bewahren (A13, FP14). Das abgebildete Zitat beschreibt die hohen Ansprüche an Männer, selbst funktionieren zu müssen:

„Ja weil, einfach du, einfach so aufgewachsen bist. (2) Und der Mann ist einfach stark, er muss da sein (2) und ja du musst auf die Familie schauen, dir darf nichts passieren (2) und man muss halt immer gesund sein und schauen, dass alles weitergeht. (3) Und dass du, blöd gesagt, dass du das Oberhaupt bist und alles in die richtigen Bahnen lenkst und dass das alles funktioniert, das ganze Leben halt, gö. (2) Weißt, ich sage, bei uns ist auch die Erziehung so gewesen, der Mann muss funktionieren, sonst geht es nicht.“ (B12: 15-21)

Depressive Erkrankungen werden als Schwäche genannt (FP11, FP15): „Weil eben Depression, das haben die anderen, das haben die Schwächlinge, das haben die Frauen vielleicht, aber nicht die richtigen Männer.“ (FP15: 102f.). Es gibt ein Bemühen, zumindest einen guten Anschein nach außen zu bewahren:

„(9) Ja, ich glaube, dass es so ist, dass Männer halt einfach gelernt haben, sehr gut nach außen zu funktionieren und sich keine Schwäche, unter Anführungszeichen, anmerken zu lassen und dass sie das dann oft so lange tun, bis es gar nicht mehr geht.“ (FP11: 283-286)

Zusätzlich verbunden mit Stärke ist eine Gefühls- sowie Schmerzlosigkeit, schwierige Situationen aushalten zu können und stoisch zu sein (A13, B1, B7, C8, FP21, FP25, FP26):

„Ja Männer, Männern wird einfach von Kindes an schon vermittelt, sie müssen stark sein, sie sollen nicht weinen, sie sollen, sie kennen keinen Schmerz. Und es gibt ja auch den psychischen Schmerz, es gibt ja auch das psychische Leid, aber das lässt man sich nicht anmerken, [...]“ (B5: 105-108)

Keinen Hilfebedarf zu haben, wird als eigene Stärke gesehen und das Reden über problembehaftete Themen wird deswegen vermieden (B4, B6, B7, FP11, FP14, FP19): „Du darfst dir keine Hilfe suchen, weil das ist schwach. Und nur der Stärkste kann sich durchsetzen, [...]“ (A13: 435f.) Männer erzählen in den Leitfadenterviews über die Unmöglichkeit, sich als Mann helfen zu lassen, und den Versuch, alles selbst zu meistern. Von einer Interviewperson wird dies als „Egosache“ (A24: 31, 154, 277-282) bezeichnet. Am Anfang einer Krise wird versucht, es selbst zu schaffen und der Zeitpunkt für eine notwendigen Hilfeannahme wird übersehen (siehe ab Seite 110 *Die Gratwanderung*). Als Gründe dafür werden Stolz, Erziehung und der Wunsch, Erwartungen zu entsprechen, angegeben (A13, A16, A22, A24, B1, B6, B7, B10, B12, C3, C9):

„Ja. Da ist jetzt das Mannsein, das, das betrifft, ja katastrophal. Und bevor man sich da irgendetwas eingesteht äh oder vielleicht sich einem Gegenüber, einem Dritten äußert, sagt, du mir geht es nicht gut, äh (2) probiert man es selber zu regeln. (1) Und vergisst einfach oder übersieht den Zeitpunkt, wenn es selber nicht mehr regeln geht. Ja. Weiß es vielleicht im insgeheimen, dass man nicht alleine rauskommt alleine, aber würde nie jemanden so nahe an sich heranlassen, (1) dass der hilft.“ (B6/1: 63-69)

Fachpersonen bestätigen die Strategie, eine Hilfeannahme zu vermeiden und den Versuch, alles allein zu schaffen (FP14, FP15, FP17-21, FP26):

„Und ich habe so meine Theorie aus meinem eigenen Mannsein, [...] bis Männer sich Hilfe holen, fremde Hilfe holen braucht es deutlich länger, als dass bei Frauen der Fall ist. Das fängt schon damit an, dass man als Mann nicht nach dem Weg fragt, sondern lieber eine halbe Stunde um den Block kurvt, bis man die Adresse gefunden hat. [...], dass Männer vermehrt glauben die Sache selber lösen zu müssen. Und wir wissen auch ah aus allen Zahlen von Beratungsangeboten (hustet), dass Männer den Zugang zu Beratungs-, und Hilfsangeboten viel schwerer finden, dass sie das viel später wahrnehmen, wenn überhaupt. Das ist irgendwie ganz, ganz schwierig (1) Männer da hinzubekommen, dass sie sich die Hilfe, die es gibt, auch holen.“ (FP25: 126-136)

Alles selbst schaffen zu wollen betrifft neben der Hilfeannahme genauso die Ablehnung von Vorträgen zu psychosozialen Themengebieten. Interesse an diesen Themen wird als ‚unmännlich‘ bezeichnet (A24).

Ergänzt wird der Anspruch, alles allein zu schaffen, mit dem Wunsch ein Held zu sein. Dies zeigt eine zusätzliche Seite der erwarteten sowie angestrebten Stärke von Männern. Eine Fachperson präsentiert dazu ein anschauliches Beispiel, bei dem es um ein geschlechterspezifisches Heldenepos, hervorgehoben durch Stärke, die vermiedene Hilfsuche und den alternativlosen Anspruch der Verantwortlichkeit und des Rettens geht:

„[...] aber, wenn ich beispielsweise die Unterhaltungsindustrie im Kino betrachte oder auf Netflix, dann hat nach wie vor der Vater die Tochter zu retten, wenn sie entführt würde, dann geht der Vater nicht zur Polizei und bittet um Hilfe, sondern er nimmt da sein Gewehr und macht sich auf die Reise. Ähm da geht dann auch auf einmal Selbstjustiz und da ist auf einmal auch jede Verletzung zu überwinden und da tut einem nichts weh.“ (FP17: 42-48)

Stark zu sein umfasst die Selbst- und Fremdwahrnehmung von Männern. Problematisch ist, dass alles, was dem geforderten Funktionieren und Perfektionismus nicht entspricht, als Schwäche ausgelegt wird. Gefühl- und Schmerzlosigkeit wird bevorzugt sowie Hilfsuche als Schwäche wahrgenommen und vermieden. Im Vordergrund steht der Versuch, alles allein zu schaffen.

Da Hilfsuche und das Zeigen von Gefühlen als feminin bewertet wird (B7, FP20), wird eine Anpassung an ein *Männerbild der Stärke und Unverletzlichkeit* sowie eine entsprechende Zugehörigkeit zur Gruppe der Männer angestrebt. Dementsprechend passiert eine Abgrenzung von Frauen. Das Anderssein der Geschlechter, mit unterschiedlichen Zuschreibungen und Erwartungen sowie die Betonung unterschiedlicher Erfahrungsräume von Frauen und Männern, wird beschrieben (B5-7, B10, C9). Beispiele finden sich in Bezug auf Aufgabenverteilung in Familien, berufliche Wertigkeiten und Aufstiegschancen sowie kulturelle und religiöse Bedingungen des Umgangs mit unterschiedlichen Geschlechtern (B10, C9).

„Obwohl, da muss man halt auch etwas aufpassen, er, der Mann möchte ein Mann bleiben, gö, weißt er möchte nicht zu feminin werden, gö, zu verweiblicht will er auch nicht werden. Er will ja schon der starke Ding sein. Aber halt in der Phase, ja ist er halt zerbrechlich und da ist es schwer. Das hat einen Widerspruch in sich, glaube ich.“ (B7: 409-413)

Von Fachpersonen wird ebenfalls die Unterschiedlichkeit der Geschlechter (FP18) sowie die Sorge von Männern angesprochen, die Abgrenzung von den Frauen zu verlieren (FP11). Eine Annäherung der Geschlechter wird positiv bewertet (FP18, FP20):

„Es gibt ja wohl so die Tendenz das Weiche im Mann anzusprechen und die Männer ein bisschen aufzuweichen und auch die Männer äh insofern, den Männern insofern unter die Arme zu greifen, indem man einfach das Mannsein, das weich ist, emotional ist, das sich öffnet, das sich auch Krisen in der Biografie eingesteht, äh, dass man das auch irgendwie äh zunehmend positiv bewertet.“ (FP18: 315-320)

Die Abb. 28 zeigt zusammenfassend die von den interviewten Männern geäußerten Ansprüche in Bezug auf die eigene Person und Ansprüche von anderen Männern und an andere Männer. Visualisiert sind die Wörter in dieser Wortwolke nach ihrer Häufigkeit in den Interviews: Je größer ein Wort, desto häufiger wurde darüber in den Interviews gesprochen:

Abb. 28: Unterkategorie: „Die Eiche, die nichts umschmeißt“; Ansprüche an Männer durch das Männerbild der Stärke und Unverletzlichkeit (eig. Darst. mit Wortwolken.com)



Diese Eigenschaften und Verhaltensweisen werden von wahrgenommenen Ansprüchen und Erwartungen von außen maßgeblich gefördert (B12, FP17, FP23). Öfter wird dabei die Rolle der Frauen angesprochen (B7, C9). Ein Mann aus der Altersgruppe 24 bis 30 Jahren äußert sich dazu kritisch, dass Frauen *toxische Männlichkeit* unterstützen:

„Dann gibt es aber leider auch viele Leute, die das irgendwie unterstützen, [...]. Und dann fühlen sich die Männer, die so toxische Männlichkeit an den Tag legen sehr bestärkt, das ist so ja, auf das fährt das andere Geschlecht ja eh ab und sonst irgendwas. Und da reicht dann vielleicht ein geringer Prozentsatz von Frauen, der das irgendwie attraktiv findet oder weiß nicht oder so einen Alphamann irgendwie attraktiv oder ultra anziehend findet [...].“ (A13: 437-446)

Der Anspruch, eine ‚Eiche zu sein, die nichts umschmeißt‘, wird in allen Altersgruppen verdeutlicht. Es geht darum, Stärke und Zugehörigkeit zur Gruppe der Männer und eine Abgrenzung von Frauen zu erleben. Durch die Abb. 28 wird die inhaltliche Ausgestaltung der von Männern angestrebten Stärke gut ersichtlich. Bedeutsam ist es, Schwäche zu vermeiden, keine Gefühle zu zeigen, keine Hilfe zu suchen und sich von der Gruppe der Frauen abzugrenzen. Zusammenfassend werden rund um die angestrebte Stärke bereits einige *Dilemmata* deutlich, denen Männer am Weg zur Suche bzw. Annahme von Hilfe oder Präventionsangeboten ausgesetzt sind. Diese persönliche sowie von außen erwartete Stärke beinhaltet ein umfassendes Verhaltensrepertoire, welches Hilfesuche/Hilfeannahme erschwert, wenn nicht sogar verunmöglicht.

„Nimbus des Versagers“

Diese Unterkategorie umfasst den zweiten Weg, den Männer einschlagen können beziehungsweise müssen, sollte es ihnen nicht gelingen, die geforderte Stärke und die anderen Attribute, die im vorangegangenen Abschnitt beschrieben wurden, zu zeigen und zu erhalten. Die Formulierung „Nimbus des Versagers“ stammt von einem Mann aus der Altersgruppe 40 bis 60 Jahren:

„[...] , dass das insgesamt diesen Nimbus nicht mehr hat, dieses du bist ein Versager. Du gehst jetzt dort hin, weil du es nicht mehr schaffst. Also bist ein Versager.“ (B6/1: 302-305)

Der Begriff *Versager* kommt oft in den Interviews vor und wird für Männer verwendet, die Gefühle, Schwäche oder psychische Probleme zeigen (B6, B7, C9, FP15). Verbunden mit dem Gefühl des Versagens wird Scham genannt. Scham führt dazu, dass Männer nicht über Probleme sprechen und Hilfesuche vermeiden (A13, A24, B4, B6, B7, B12, FP14, FP15, FP19, FP26, FP27):

„Aber anstatt die betroffene Person bereits das Problem, das ursächliche Problem Schulden behandelt hat, mündet das eher in einem Suizid, als ich gehe die ganze Geschichte an. Weil ich mich so schäme dafür. Ich glaube, das hat auch mit Scham zu tun und, und nicht mit, mit gesellschaftlicher Ächtung, aber nicht wegen dem Suizid, sondern aufgrund von anderen Einflussfaktoren.“ (B6/1: 518-524)

Scham zeigt sich in Bezug auf ein Gefühl der Wertlosigkeit, des ‚Ehrverlusts‘, dem fehlenden Sinn im Leben sowie einer bestimmten Eitelkeit (A24, B4, B7, C9, FP21). Als Beispiele dafür werden das Verlassenwerden von Frauen angegeben und die Sorge nicht mehr als Mann gesehen zu werden sowie damit verbundene Kränkungen (C9, FP23). Zusätzlich wird das Überleben nach einem Suizidversuch als Versagen gewertet (B10, FP21).

„Er, er sieht sich keine Lösung mehr. Hilfe sucht er sich leider nicht, durch seine Eitelkeit oder warum auch immer. Das ist schwer zu sagen. Und das ist dann das Einzige, was er dann noch sieht als Ausweg und beendet das Ganze.“ (B7; 620-623)

Scham ist untrennbar mit Bedenken vor Problemzuschreibungen von außen verbunden und der Sorge, dass andere Personen die eigene schlechte psychische Verfassung mitbekommen. Es besteht die Sorge, beim Besuch eines Beratungszentrums gesehen zu werden und dann als ‚verrückt‘ oder ‚schwach‘ betrachtet zu werden (A16, A22, A24, B4, B6, B7, C3, C8, C9):

„Und wenn jeder jeden kennt, dann möchte er sein Innerstes für sich behalten, nicht die wunden Punkte und dunklen Flecken, nicht wen anderen zeigen wollen. [...] Also, durch das (2), dass keine Offenheit da ist und keine Möglichkeit sich sicher und anonym zu fühlen, irgendwo hinzugehen, sich helfen zu lassen. Ist das in Murau und Knittelfeld und Judenburg, im Murtal einfach schwieriger.“ (B5: 398-410)

Die Sorge vor Problemzuschreibungen betrifft nicht nur die Hilfesuche oder Hilfeannahme in Krisen: Die Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass Beratungen, im Sinne der Annahme einer professionellen Hilfe, gleichgesetzt werden mit Präventionsarbeit. Damit wird die geringe Teilnahme von Männern an Vorträgen zu Themen, wie Depressionen, Krisen und Suizidalität, erklärt (A22, A24, B1, C3, C8, C8): „Weil sie dann immer glauben, sie haben schon ein Problem“ (B1: 304f.). Als weiterer Grund für die Ablehnung von derartigen Vorträgen wird genannt, dass diese Themen gemieden werden, wenn keine aktuelle Betroffenheit von der Thematik besteht (B4).

„Aber, wenn das dann wieder den Titel hat ‚Suizidgeschichte‘ geht dir da auch wieder keiner hin. Weil da bist im Dorf dann gleich abgestempelt. [...] und ah der war dort und ja. Hat der vielleicht was?“ (B4: 466-471)

Selbst in den geführten Interviews kommen die Männer in eine Rechtfertigung, wenn sie von ihrer Teilnahme bei Vorträgen zu den Themen Depressionen, Krisen sowie Suizidalität berichten: „Aus Interesse. Allgemein, also nicht aufgrund einer Erkrankung von mir oder Problemen, also reines Interesse, wie das gemacht wird.“ (B1: 412f.) Im folgenden Zitat wird deutlich, wie fern eine Teilnahme bei suizidpräventiven Vorträgen erscheint:

„Nein. Hab ich nicht. Gott sei Dank. Habe ich noch nicht müssen, soweit, gö. Ich habe mich nie so schlecht gefühlt, dass ich da. (1) Was heißt, man muss sich nicht schlecht fühlen, aber kann, könnte ja so auch einmal hingehen. Und das so einfach einmal anhören, ja nicht?“ (C3: 413-416)

Anonymität wird in der Prävention als relevant dargestellt. Als Strategie wird genannt, dass ein weiterer Weg auf sich genommen wird, um möglichst nicht bei Vorträgen von Bekannten gesehen zu werden (B4, B12, FP14). Ein Interviewpartner beschreibt, dass bereits das Ansehen von Informationsbroschüren Potential für Problemzuschreibungen bzw. die Angst davor enthalten könnte:

„Auch, wenn man zum Arzt geht, sieht man oft so Broschüren liegen am Tisch, gö. Aber man sieht ja nicht wirklich viel reinblättern, Männer, gö. Also ganz selten, dass sie sich das eigentlich anschauen, gö. Vielleicht schämt er sich da schon, wenn er sich so etwas ansieht, ich weiß es nicht, kann leicht sein, gö. Also ich glaube öffentlich wird er sich, glaube ich, einmal gar nicht so hinwenden, weil dann ist er ja schon abgestempelt, weil dann wird gesagt,

der hat sicherlich ein Problem, in die Richtung, gö. Das müsste glaube ich eher, eher (2) also, dass es halt kein anderer mitbekommt, denke ich.“ (B7: 782-789)

Auch die interviewten Fachpersonen beschreiben die niedrigen Teilnahmerzahlen von Männern bei suizidpräventiven Vorträgen (FP11, FP14). Erklärt wird dies damit, dass Hilfe nicht leicht angenommen wird (FP11, FP14). Außerdem wird die Sorge vor Problemzuschreibungen von außen (FP19) und die Sorge davor, bei einem Vortrag etwas Persönliches erzählen zu müssen (FP11), angesprochen. Ein weiterer Erklärungsansatz ist die Ablehnung der Themen aufgrund einer eigenen schlechten psychischen Verfassung oder weil es sich um Tabuthemen handelt (FP11, FP14). Krisen zu haben und Hilfeaufnahme sollten nicht als Zeichen von Versagen und Scheitern gesehen werden (FP11, FP19, FP20). Dies ändert nichts an der Männlichkeit von Personen:

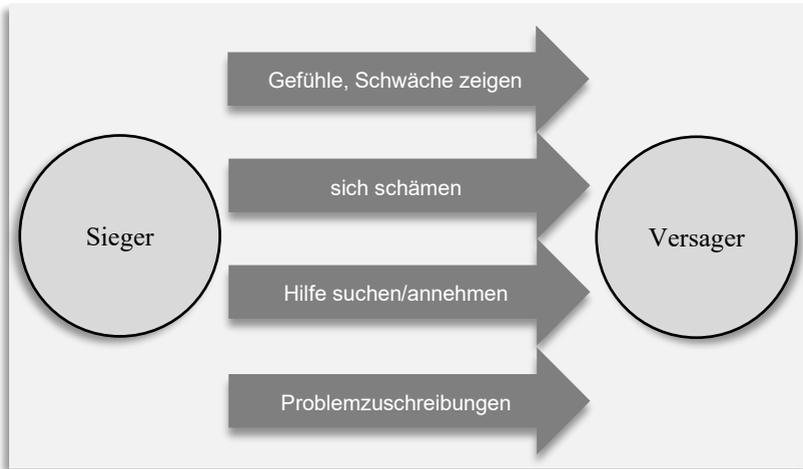
„[...] also es geht darum, also Hilfe annehmen würde natürlich erleichtern mit Sicherheit, diese Enttabuisierung auch von männlichen Rollenbild, ich muss alles können, ich muss alles schaffen, ich schaff das schon, ich bin ja kein Lulu und wenn ich Hilfe annehme, ist das ein Versagen, ist das ein Scheitern, ist das letztlich das Eingeständnis ich bin kein vollwertiger Mann, ja.“ (FP20: 406-411)

Versagen ist das Gegenteil davon, stark zu sein und die geforderten eigenen Ansprüche oder jene von außen zu erfüllen (B7, C3, FP19). Zentral verbunden ist damit die Scham und in weiterer Folge erklärt sich damit das fehlende Annehmen von Hilfe und Präventionsangeboten. Die verwendete Begrifflichkeit *Sieger* von der Fachperson FP17 scheint den Gegenpol zum *Versager* darzustellen, ein Dazwischen erscheint unmöglich. Die Fachperson stellt Sieger und Versager als gegebene Pole dar und beschreibt dies als eines der ‚größten gesellschaftlichen Probleme‘. Die notwendige Wertschätzung für Männer von außen wird betont:

„Ein zweites ist, dass wir halt als Männer auch in Disziplinen unsere Freizeit verbringen, wo es ums Siegen geht. Ahm also eines der größten gesellschaftlichen Probleme sehe ich in der, in der Präsentation und in der Kommunikation von Spitzensport. Ah der kommerzialisierte Spitzensport hat immer nur Augen für die Sieger und du bist nichts, wenn du kein Sieger bist und ähm die Wertschätzung erfährst du entweder, wenn du reich bist oder wenn du Sieger bist. Und das sind natürlich ganz grausige Geschichten.“ (FP17: 53-60)

Zusammenfassend zeigt die folgende Abb. 29 die in dieser Unterkategorie dargestellten Bedingungen für eine Entwicklung weg von einem *Sieger* hin zu einem *Versager*:

Abb. 29: Unterkategorie: „Nimbus des Versagers“; Bedingungen der Entwicklung zum Versager (eig. Darst.)



Durch die in diesem Unterkapitel dargestellten Forschungsergebnisse erklärt sich, warum Hilfeannahme in den Interviews häufig als letzte Möglichkeit angesehen wird (B6, B10, C9). Dazu ein Ausschnitt aus einem Interview:

C9: „[...] Ansonsten, du kannst niemanden beraten, gibt es eh, Männerberatungsstellen, wer geht den dort hin? (4) Bei dem es schon wurscht ist.“

I: „Wie meinst du das?“

C9: „Weil er in der Gesellschaft eh nicht mehr den Stand, den Platz hat. Weil es schon egal ist, dass wer weiß, dass er dort hingeh.“ (C9: 328-333)

Von Fachpersonen wird bestätigt, dass Hilfeannahme bei Männern, wenn überhaupt, nur als letzte Möglichkeit betrachtet wird (FP19, FP21):

„Das gibt es natürlich, dass Leute das tun, das wäre ja der Fall den ich gerade geschildert habe, dass manchmal gerade die Männer sehr brachial mit Suizidalität in so einem Erstgespräch in Psychotherapie äh einsteigen. So etwas sagen, wie ja: ‚Sie sind jetzt meine letzte Hoffnung, ich habe mir gedacht, dass probiere ich noch aus, aber wenn das nicht hilft, werde ich mir in drei Monaten das Leben nehmen‘. Das kenne ich eher von Männern, als von Frauen, ja, dass das quasi schon als Gesprächseröffnung gemacht wird.“ (FP21: 276-283)

In diesem Unterkapitel wurden nun einige *Dilemmata* dargestellt, die Männern möglicherweise die Hilfsuche und Hilfeannahme sowie die Annahme von Präventionsangeboten erschweren bzw. verunmöglichen. Es wurde ersichtlich, dass dies maßgeblich von einer Prägung, Erziehung und Sozialisation beeinflusst wird und ein Druck besteht, gegebene Erwartungen zu erfüllen. Diese Erwartungen umfassen die beschriebene Stärke, das Funktionieren und einen

angestrebten Perfektionismus. Sich von einem Sieger hin zu einem Versager zu entwickeln, erscheint damit als große Befürchtung, sollte Hilfe benötigt, gesucht und/oder angenommen werden. Denn Hilfeannahme würde bedeuten, Gefühle sowie Schwäche zu zeigen und Problemzuschreibungen von außen sowie verspürte/zugeschriebene Scham aushalten zu müssen. Versagen müsste vor sich und anderen eingestanden werden.

9.2.2 Die Ratlosigkeit

Bedingt durch die vorangestellten Dilemmata wurde von allen Interviewpersonen, bis auf die Interviewpersonen B5, C9 und FP23, eine gewisse Ratlosigkeit dem Thema Krisen und Suizidalität entgegengebracht. In 113 Kodierungen wurde sichtbar, wie sehr diese Ratlosigkeit die Interviewpersonen beschäftigte. Häufig wurde angemerkt, dass es sich um eine schwierige Thematik handelt (A16, A22, A24, B1, B4, B7, B10, C2, C3). Die Wörter ‚schwierig‘ oder ‚schwer‘ kommen 623-mal in den Interviews vor.

„Dass du generell sagen könntest, für die Männer so ein Ding machen könntest. Das wärs jetzt, das wärs jetzt, das wäre wichtig, da würde er hingehen, das würde er tun, das würde er annehmen. Schwer. Schwierig. Wenn du das rausfinden würdest, boa da würdest wahrscheinlich einen Nobelpreis bekommen, wenn du da, boa, wenn du, ja da würdest wahrscheinlich viele Menschen retten, ja. (2) Ja. (4) Ach, schwierig.“ (B7: 450-455)

Die interviewten Fachpersonen betonen die Schwierigkeit im Erreichen der Männer mit Angeboten (FP15, FP21, FP25, FP27). Noch schwerer wird das Erreichen mit Prävention oder Hilfe bei 70- bis 90-jährigen Männern (B6, B12, FP21), einsamen Männern (C8) oder Landwirten (C3) gesehen. Eine allgemeine Betrachtung des Themas Krisen und die Gestaltung von Prävention oder Hilfe bezeichnen mehrere Interviewpersonen als schwierig (A24, B7, FP19, FP21, FP25-26). Sie verweisen auf spezielles Wissen und Zugangsmöglichkeiten zu Männern (A13, FP20, FP14). Außerdem ist es für die Interviewpersonen schwer einzuschätzen, wie sie selbst oder andere mit Krisen umgehen würden (A13, A16, A24, B4, B10, FP14, FP17). Häufig wird in den Interviews geäußert, dass es eine ‚schwierige‘ oder ‚gute‘ Frage ist und Fragen nicht beantwortet werden können (A16, A22, A24, B1, B4, B7, B12, C2, C3):

„(3) Das ist eine gute Frage, dass das (8) wie solle ich sagen, (1) ahm (2), dass man einfach diesen Zugang, ist sicherlich ein langer Prozess, ein ewig langer Prozess, der wird sicher zwei, drei Generationen dauern, ja.“ (B6/1: 350ff.)

Die interviewten Fachpersonen äußern sich dazu auf ähnliche Weise (FP11, FP15, FP17-20, FP26). Einen Kontrast bilden die Aussagen einer Fachperson, die angibt, dass Männer gleich gut wie Frauen mit Veranstaltungen sowie Hilfe erreicht werden und sich Männer nicht mehr hinter „[...] körperlichen Symptomen verstecken.“ (FP18: 293-299).

Nach der Schlüsselkategorie *Leben in Utopia* wurde in diesem Unterkapitel die nächste Schlüsselkategorie und damit der zweite Bereich des *Erklärungsmodells der erschwerten Hilfesuche/Hilfeannahme von Männern in Krisen* dargestellt. Mit der *Welt der Dilemmata* wird eine gewisse Schwere ersichtlich. Sehr eindrucksvoll erklärt sich damit die Schwierigkeit der Suche und Annahme von Prävention sowie Hilfe für Männer. Die verschiedenen *Dilemmata* zeigten sich in Form einer verinnerlichten Prägung hin zu einem *Männerbild der Stärke und Unverletzlichkeit* sowie den damit verbundenen erlernten Einstellungen, Verhaltensweisen und gesellschaftlichen Regeln. Erklärt wurde in diesem Unterkapitel außerdem, warum Männern oft kein anderer Umgang mit Krisen und Suizidalität möglich zu sein scheint, z.B. aufgrund von fehlenden Problemlösekompetenzen und Lösungsstrategien, den verspürten gesellschaftlichen Erwartungen und dem Bemühen, für sich und andere kein Versager zu sein. Aufgrund dieser Darstellungen erscheint es nicht verwunderlich, dass eine gewisse Ratlosigkeit bei sämtlichen Interviewpersonen und in der Gesellschaft diesem beforschten Themenbereich gegenüber besteht.

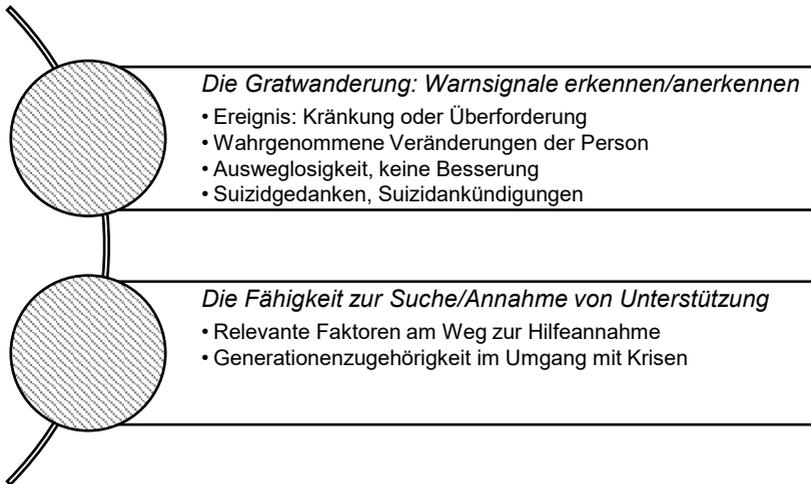
9.3 Die Wege zur Erkenntnis des eigenen Hilfebedarfs

Nach den vorangegangenen Schlüsselkategorien und ersten Teile des *Erklärungsmodells der erschwerten Hilfesuche/Hilfeannahme von Männern in Krisen* erscheint es fraglich, inwiefern die Erkenntnis des eigenen Hilfebedarfs und eine tatsächliche Hilfesuche und Hilfeannahme möglich erscheint. Dieses Unterkapitel stellt den letzten Teil des *Erklärungsmodells* dar und umfasst relevante Aspekte wie dies, trotz der dargestellten Schwierigkeiten, möglich sein kann. Nach der, im Rahmen der ersten beschriebenen Schlüsselkategorie *Leben in Utopia*, dargestellten Krisenwahrnehmung, scheint der erste Schritt in Richtung der *Erkenntnis des eigenen Hilfebedarfs* die Bewertung der aktuellen Situation als Krise zu sein (B1, B12, C2, C3, FP17, FP19, FP25). Männer kommen in den Interviews schnell in eine Bewertung, zeigen Verständnis für schwierige Situationen (A22, B7, C3) oder sehen manches als nicht ‚tragisch‘ und ‚Kleinigkeit‘ an (B1, C2, C3). Hilfeannahme erscheint nur akzeptabel, wenn es sich um eine „Totalkrise“ (B1: 70) handeln sollte oder etwas „Gravierendes“ (B6/1: 381) passiert ist und eine Hilfeannahme unbedingt sein muss (B7, B10):

„Ich würde mir sofort professionelle Hilfe holen, wenn es so etwas Gravierendes, etwas Lebensschneidendes ist, ah dann würde ich mir sofort eine professionelle Hilfe holen. [...] Und natürlich sofort [...] meinen Freunden und meinem Umfeld mitteilen, und sagen das und das ist passiert.“ (B6/1: 381-385)

Wurde eine Krise als solche wahrgenommen, bewertet und akzeptiert, geht es darum, Warnsignale zu erkennen sowie anzuerkennen, sollten diese auf Gefahren von Krisen, wie eine Verschlimmerung der Krise oder Suizidalität, hinweisen. Dies wird, wie in der nachfolgenden Abb. 30 dargestellt, in der Kategorie *Die Gratwanderung* beschrieben. Die Tabelle listet überblicksmäßig die in den Interviews genannten zentralen Warnsignale auf: ein Ereignis, dass zur Kränkung oder Überforderung führt, Veränderungen bei einer Person, Ausweglosigkeit und das Gefühl, dass keine Besserung passiert sowie Suizidgedanken oder Suizidankündigungen. Als zweiter Bereich der hier behandelten Schlüsselkategorie *Die Wege zur Erkenntnis des eigenen Hilfebedarfs* wird die Kategorie *Fähigkeit zur Suche/Annahme von Unterstützung* näher beschrieben. Dazu werden relevante Faktoren am Weg zur Hilfeannahme präsentiert sowie Bezug auf die Generationenzugehörigkeit genommen:

Abb. 30: Schlüsselkategorie „Die Wege zur Erkenntnis des eigenen Hilfebedarfs“; Kategorien und Unterkategorien (eig. Darst.)



9.3.1 *Gratwanderung: Warnsignale erkennen und anerkennen*

Der Begriff „Gratwanderung“ stammt aus folgendem Interviewzitat mit einem Mann aus der Altersgruppe 40 bis 60 Jahren:

„[...] du bräuchtest einen Richtwert, wo du den goldenen Mittelweg erwischst, ja ist ein bisschen wie eine Gratwanderung, gö, machst noch einen Schritt so fällst runter, machst ihn auf die Seite fällst auch runter, [...].“ (B12: 309-312)

In allen Befragungsgruppen wird diese Gratwanderung in Bezug auf das Erkennen und Anerkennen von Warnsignalen häufig angesprochen. Wie ab Seite 94 im Unterkapitel *Vom erlernten Sein zur erfüllten Erwartung* beschrieben wurde, versuchen Männer lange, Krisen oder Probleme allein zu bewältigen (A16, A22, B1, B6, FP27). Dementsprechend wird Hilfe oft erst spät oder gar nicht gesucht und angenommen (A13, A22, A24, B1, B4, B6, B12, FP15):

„Vielleicht, weil sie glauben, dass sie selbst stark sind und es selber schaffen. Dass sie aus der Krise kommen wahrscheinlich. (3) Und dass sie deswegen selber probieren wollen und wahrscheinlich ist es dann zu spät, dass sie keinen Ausweg mehr sehen und dann platzt das ganze wahrscheinlich.“ (A16: 28-31)

Die Interviewpersonen merken die Wichtigkeit an, eigene Warnsignale und Grenzen zu erkennen, die auf eine Verschlimmerung der Krise zu Suizidalität und/oder eine notwendige Hilfesuche bzw. Hilfeannahme hindeuten (A22, A24, B1, B4, B5, B6, C3, C9):

„Ja, das ist eben genau der Punkt, wo du sagst (3) das Erkennen, (3) dass das Problem schon so eklatant ist, dass man da nicht mehr alleine rauskommt. Wenn man merkt, man scheitert mit seinen Strategien, seinen Lösungsansätzen, ja. Dass man spätestens da dann sagt, so jetzt muss etwas passieren und nicht, dass ich dann einfach seiner Dynamik überlasse, die man dann überhaupt nicht mehr kontrollieren kann, ja. Sondern schon hergeht und sagt ja, (3) jetzt geht es nichts mehr.“ (B6/1: 264-270)

Eine Interviewperson betont deutlich den Gewinn, wenn Personen die eigenen Warnsignale erkennen:

„Und die sind dann auch nicht so gefährdet nachher, weil er kennt das, jetzt passt etwas nicht und jetzt muss ich wieder, weil er weiß genau, die helfen mir da [...].“ (C3: 443ff.)

Dabei wird auf die Schwierigkeit, diese eigenen Warnsignale zu erkennen und anzuerkennen, von den Interviewpersonen hingewiesen (A24, B4, B5, FP14, FP19):

„Die Frage ist, ob du das erkennst, wo ist da die Grenze? (3) Dass du sagst, wa jetzt brauche ich Hilfe! (3) Ich glaube, das ist auch so eine (2) bei jedem anders (2) der eine geht wahrscheinlich bis zum letzten, oder wo ist das Letzte? Wo ist da die Latte? (3) Wo du da darunter durchgehst und wo es zu viel ist? (3) Weiß ich nicht.“ (B4: 152-156)

Ergänzend wird betont, dass es schwierig ist, Warnsignale bei anderen Menschen, insbesondere bei Männern, zu erkennen (A22, A16, A24, C2, C3, C8, C9, FP11, FP15, FP20). Die interviewten Fachpersonen sprechen auch die Notwendigkeit von Wissen über Warnsignale an (FP19, FP25, FP27). Ein Hinterbliebener nach einem Suizid beschreibt dazu:

„Ich habe seine Signale, wenn er welche, wenn er welche gesetzt hat, äh leider nicht richtig lesen können. [...] Und ganz bestimmt hätte ich den Tag vor seinem Tod, den wir gemeinsam verbracht haben anders hätte deuten können, weil er da so zur Ruhe kam und ich nicht äh gut genug davon Bescheid wusste, dass es das Phänomen der Ruhe vor dem Sturm gibt.“ (FP17: 138-145)

Zusammenfassend wird in diesem Abschnitt deutlich, dass im Rahmen der *Wege zur Erkenntnis des eigenen Hilfebedarfs* eine Krise im ersten Schritt als solche erkannt und bewertet werden muss. Das Wissen über eigene Warnsignale und das Erkennen von Warnsignalen anderer Menschen erscheint als relevanter Bereich für eine erfolgreiche Krisenbewältigung. Dieses fehlende Erkennen und Anerkennen von Krisen und persönlicher Warnsignale zeigt sich als weitere Begründung für die verspätete oder nicht vorhandene Hilfesuche und Hilfeannahme. In den Interviews wurden einige Warnsignale von Männern formuliert, die in den folgenden Abschnitten näher beschrieben werden:

Ereignis: Kränkung oder Überforderung

Häufig werden bestimmte Ereignisse angesprochen, die kränkend (FP18) oder überfordernd auf Männer wirken (FP18, FP19). Beispielsweise im Zusammenhang mit Ungerechtigkeit, dem Gefühl von Wertlosigkeit am Arbeitsplatz (B12) oder Arbeitslosigkeit (FP27). Angesprochen werden das Verlassenwerden von Frauen in Kombination mit dem Besuchsrecht für die eigenen Kinder (C9, FP23), ein Führerscheintzug (FP18), der Einzug in ein Pflegeheim (FP18), eine Krankheitsdiagnose (FP18), andere Einschränkungen im Leben (FP18) und Verzweiflungstaten von Jugendlichen nach einem Autounfall (C9):

„Äh, die Jugendlichen haben oft so Verzweiflungstaten. Dass sie das Auto zusammenhauen, äh und sich deswegen, so Fälle gibt es immer wieder. Äh, wo das Auto mehr wert ist, als ihr eigenes Leben äh glaubens und, und bringen sich um. Äh. Jugendliche, die (1) äh was anstellen (2) aber oft einmal, dass sie sagen: „Jetzt hab ich das kaputt gemacht, jetzt ist mir das passiert, jetzt halte ich es nicht mehr aus.“ (B5: 560-565)

Wahrgenommene Veränderungen der Person

Eine wahrgenommene Veränderung von Personen wird von den Interviewpersonen oft als Warnsignal beschrieben (FP15, FP19, FP20, FP27). Es ergeben sich dazu drei Bereiche: eine veränderte Stimmung, sozialer Rückzug und körperliche Beschwerden. Vor allem von Fachpersonen werden soziale Konflikte, Aggression, Gereiztheit und Gewalt als Warnsignale von Männern in Krisen betont (B6, B12, FP11, FP14, FP15, FP19, FP20, FP27):

„[...] ahm, wenn auch das Aggressionslevel zunimmt, also wenn die Person dann sehr abwehrend wird oder man das Gefühl hat die, die zuckt, oder der zuckt beim kleinsten Thema schon aus. Das wäre alles ein Hinweis darauf, dass es der Person innerlich gar nicht gut geht, dass der unter einer hohen Anspannung, unter einem hohen Stresslevel steht.“ (FP11: 363-367)

Es wird beispielsweise versucht, nach außen gut zu funktionieren und mehr zu arbeiten (A22, FP11). Antriebslosigkeit, Lustlosigkeit und fehlende Leistungsfähigkeit werden ebenfalls als Warnsignale benannt (B5, B6, B12, FP18).

„Aber, dass du einfach sagst, heute mag ich gar nichts mehr, heute lege ich mich da hin, (2) dann ist höchste Zeit, dass du sagst, jetzt brauche ich mal (1) eine Hilfe, [...]“ (B12: 316ff.)

Vereinzelt werden eine (unerklärliche) schlechte Stimmung (A22, B5, B7), Konzentrationsschwierigkeiten (FP15), Wahnzustände und Verwirrung (B5), Ängste (FP14), Nervosität (FP15, FP19) und depressive Erkrankungen angesprochen (FP18). Von den Interviewpersonen wird außerdem ein sozialer Rückzug als Warnsignal genannt (A22, B5, C8, C9, FP11, FP17, FP18, FP20). In diesem Zusammenhang soll auf das Thema Alkohol verwiesen werden, das bereits ab Seite 76 im Unterkapitel *Das Nicht-Wahrhaben-Wollen von Krisen* beschrieben wurde, denn Alkohol wird zusätzlich als Warnsignal erwähnt:

„Wenn ich das vorher zum Beispiel nicht gemacht habe, vorher zum Beispiel nur, keine Ahnung was beim Fortgehen oder in der geselligen Runde getrunken habe und dann habe ich angefangen, dass ich mich daheim hinsetze und ein Bier aufmache, damit ich die Sorgen des Alltags vergesse.“ (B6/1: 279-283)

Als letzter Bereich, in dem Veränderungen von Personen als Warnsignale beschrieben werden, zeigen sich körperliche Beschwerden (B4, FP11, FP14). Schlafstörungen werden häufig erwähnt (A22, A24, B4-6, C8, FP14, FP15, FP19):

„Ja bei mir ist der beste Indikator der Schlaf. Wenn der Schlaf nicht mehr da ist. Äh, wenn der immer kürzer wird, dann ist das für mich ein Signal und Symptom, dass ich was tun muss dagegen.“ (B5: 133ff.)

Ausweglosigkeit, keine Besserung

In den Interviews wird Verzweiflung in Kombination mit dem Gefühl von Wertlosigkeit und Sinnlosigkeit beschrieben (B5, B10, B12, C2, C8, C9, FP14). Eine Interviewperson beschreibt dies in Verbindung mit einem massiven seelischen Schmerz in Bezug auf den eigenen Suizidversuch:

„Ich selber habe den Suizidversuch gehabt xy (Jahreszahl) (2) mit ah, mit einem absichtlich herbeigeführten Autounfall, auf einer Autobahn mit sehr hoher Geschwindigkeit. Ah. Wobei das so war, dass ich in einem Verwirrheitszustand war und im völlig verwirrten Zustand einfach mir eingebildet habe und mir eingeredet habe und mein Denken da war, ich möchte mich erlösen von den seelischen Qualen.“ (B5: 270-275)

Diese beschriebene Verzweiflung führt von einer Hoffnungslosigkeit und verspürten Ausweglosigkeit möglicherweise zu Suizidalität. Dies wird als zentrales Warnsignal formuliert und als Moment, in dem die Versuche der alleinigen Krisenbewältigung beendet werden und Hilfesuche passieren sollte (A16, A22, B6, B7, B10, C9, FP18, FP23):

„Ich denke, gefährlich ist es in der Zwischenzeit, wennst, jetzt sieht er, jetzt bin ich alleine da, am Hof, nicht? (2) Und wie soll ich da dann weiterkommen? Dass er da dann oft keinen Ausweg mehr sieht, dass er da dann sagt, ich schließe ab, am besten, hinter mir die Sintflut (lacht).“ (C3: 428-432)

Gäußert werden dazu die Indikatoren, dass die eigenen Strategien nicht mehr ausreichen und keine Besserung ersichtlich wird (B4, B6, B7):

„In dem ich einfach (2) mit meinen Strategien einfach nicht mehr zu Rande gekommen bin, [...], und, das war für mich die Erkenntnis oder der springende Punkt. Wo ich darauf gekommen bin, dass das soweit ist, dass ich nicht mehr kann und dann war mein Lösungsansatz halt der, dass ich sage ich suche mir Hilfe, ich muss da jetzt was tun. Andere vielleicht, machen so weiter, bis halt der große Knall kommt, [...].“ (B6/1: 171-177)

Suizidgedanken und Suizidankündigungen

Suizidgedanken (B4, B12) und Suizidäußerungen werden als Warnsignale benannt (B1, B5, B10, FP11): „Er hat dann halt gesagt, nein es hat alles keinen Sinn mehr, er geht jetzt dann heim und dann tut er sich weg und das Ganze.“ (A13: 214f.) Suizidgedanken werden von Suizidäußerungen und Suizidplänen abgegrenzt (FP15, FP17):

„[...] meine Vorstellung ist, dass (2) die Bevölkerung generell ein besseres, ein etwas neues Konzept der Suizidalität braucht, um überhaupt zu verstehen, wann es gefährlich werden könnte. Weil ich sage immer, Suizidgedanken das ist, die sind verbreitet oder? Wenn wir fragen, haben über 50% der Leute im Erwachsenenalter sagen, sie haben irgendwann schon mal an Suizid als Möglichkeit gedacht, äh das ist an sich noch kein Problem finde ich, aber wenn es dann eben weitergeht und die Probleme und die Pläne dann konkreter werden und so.“ (FP15: 77-84)

Das Verschenken von persönlich wertvollen Dingen oder das Regeln persönlicher Dinge werden ebenfalls als Warnsignale erwähnt (B5, FP11). Von den Fachpersonen werden frühere Suizidversuche (FP25), risikofreudiges Verhalten (FP19) und bestimmte Bilder sowie Texte (FP17) als Warnsignale benannt. Die *Ruhe vor dem Sturm*, eine wahrgenommene Besserung der Verfälschung einer Person vor einem Suizid(versuch), wird zusätzlich von einer Fachperson erwähnt (FP17).

Ersichtlich wurde in diesem Unterkapitel, wie schwer es für Männer ist zu erkennen, wenn Warnsignale hin zu einer Verschlimmerung der Krise, eventuell hin zu Suizidalität, deuten. Formuliert werden verschiedenste Warnsignale, beginnend mit bestimmten Ereignissen, die besonders belastend oder kränkend für Männer sind. Der Konsens zeigt, dass Veränderungen an der Person ersichtlich werden. Um welche Veränderungen es sich dabei handelt, scheint sehr individuell zu sein. Warnsignale, die von den interviewten Männern häufiger beschrieben werden, sind Schlafstörungen, sozialer Rückzug, Alkoholkonsum, Antriebslosigkeit, Ausweglosigkeit, Suizidgedanken oder Suizidäußerungen.

9.3.2 Fähigkeit zur Suche/Annahme von Unterstützung

In den geführten offenen Leitfadeninterviews und Expert*inneninterviews wird eine Art *Fähigkeit* zur Suche oder Annahme von Unterstützung angedeutet. Formulierten Faktoren, welche für die *Wege zur Erkenntnis des Hilfebedarfs* und zur Annahme von Hilfe relevant zu sein scheinen, sollen nun dargestellt werden: den Hilfebedarf verbalisieren, die Abhängigkeit von anderen aushalten und über Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen verfügen. Anschließend wird auf Überlegungen zum Umgang mit Krisen in den unterschiedlichen Generationen eingegangen.

Das Erkennen von Warnsignalen, die darauf hindeuten, dass professionelle Hilfe angenommen werden sollte (B1, B6, B7) und das Zeigen von Gefühlen wird als erster Schritt in Richtung Hilfeannahme formuliert:

„[...]“, dass es nicht unmännlich ist zu weinen, traurig zu sein, ah ah zuzugeben, dass ich einen Tiefpunkt habe, dass ich nicht mehr weiterweiß. Hmm. (2) Also von diesen Verhaltensweisen her, das ist deutlich zu machen, das ist so der erste Schritt oder die Vorstufe zu der Bereitschaft ja, ich bin bereit eine Hilfe anzunehmen.“ (C8/1: 231-235)

Oft wird die Notwendigkeit und Fähigkeit erwähnt den Hilfebedarf, trotz Schwierigkeiten, zu verbalisieren (A13, A16, B4-7, C2, C8): „[...] man soll, einfach, man soll sich da zusammenehmen und sagen: ‚Du, so schaut es aus. Das und das belastet mich und, (2) und reden wir halt einfach darüber‘.“ (C3: 258ff.) Angesprochen wird die dazugehörige Fähigkeit, über Probleme oder Krisen mit anderen Menschen zu reden (B6, FP11, FP14). Beispielsweise sich mit Freunden über schwierige Lebenssituationen auszutauschen und offen zu sein (A22, B5, B6, B7) oder auf Empfehlungen von anderen bezüglich der Notwendigkeit einer Hilfesuche zu hören (B1). Fachpersonen erklären die Schwierigkeit von Männern über Probleme zu sprechen (FP11, FP14, FP15, FP17, FP18, FP20):

„Weil es ist ja, man muss sich ja irrsinnig zusammenreißen, das ist ja ein irrsinniger Kraftakt nach außen, nicht zu zeigen, wie es einem geht. Und sich zu erlauben und zu sagen, mir geht es nicht gut. Und vielleicht auch Unterstützung anzunehmen, kann auch sehr entlastend sein und einen großen Brocken nehmen.“ (FP11: 96-100)

Männer, die sich öffnen, überraschen andere Personen: „Und wenn ich es mitbekomme, denke ich mir, boa der hat sich eh geöffnet.“ (A13: 42f.) Das Reden über den Hilfebedarf wird nur als erster wichtiger Schritt am Weg zur Hilfeannahme betrachtet: „[...] und traut er sich sagen mir geht es dreckig und dass er handelt, das sind halt auch wieder zwei Paar Schuhe.“ (B12: 296f.) Dazu gehört die Erfahrung, dass manche Situationen allein nicht mehr zu bewältigen sind (B5, B6) und die Entwicklung von Strategien für den Umgang mit schwierigen Situationen, z.B. Medikamenteneinnahme und Annahme von professioneller Hilfe (B5, B7, FP19).

Zur Fähigkeit der Suche/Annahme von Unterstützung gehört außerdem, dass Abhängigkeit von anderen Personen ausgehalten wird (B5, C9) und ein bestimmtes Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen besteht (A24, B4, FP18):

„Ich mein jetzt schon, wenn man jetzt Selbstvertrauen hat, dass das sicher in keiner Sicht kein Nachteil ist, dass dann wahrscheinlich auch bei solchen Sachen viel weiterhilft. (2) Dass man sagt, ja da komme ich darüber, das kann ich schaffen [...]“ (A22: 466-469)

Ausgewertet wurden Zuschreibungen in den Interviews hinsichtlich der jeweiligen Generationenzugehörigkeit zum Umgang mit Krisen und der Fähigkeit der Suche bzw. Annahme von Hilfe. In allen Befragungsgruppen findet sich die Einstellung oder Hoffnung, dass es bei jüngeren Männern besser ist oder wird und es früher noch schwerer war, Hilfe zu suchen (B6, B7, B12, C8, C9):

„[...] meine Hoffnung ist oder das Gefühl mehr, dass eine Generation, eine jüngere Generation heranwächst an Männern, die ah da die vielleicht ein bisschen zugänglicher sind für professionelle Hilfen. (1) Ich denke so an die Generation jener Männer, die sich nicht mehr schämen ein androgyner Mann zu sein, [...]“ (C8/1: 33-37)

Im Rahmen der Auswertung mit der *Reflexiven Grounded Theory Methodologie* wurde dieser Einschätzung nachgegangen. Wie ab Seite 58 beim *Theoretical Sampling* beschrieben, wurden zusätzlich Interviews mit Männern aus der Altersgruppe 24 bis 30 Jahren geführt. Außerdem wurden die Altersgruppen in der Auswertung miteinander verglichen. Auch Männer aus der Altersgruppe 24 bis 30 Jahren gaben an, dass sich Männer ihrer Altersgruppe möglicherweise leichter dabei tun, Hilfe in Krisen zu suchen (A13, A16). Manchmal erscheint die angesprochene Besserung bei jüngeren Männern wie eine Art Rechtfertigung für Männer früherer Generationen in Bezug auf die Schwierigkeiten bei der Suche und Annahme von Hilfe. Beispiele dafür sind, dass früher aufgrund der vielen Arbeit keine Zeit zum Nachdenken war und Hilfsangebote gefehlt haben (A16), Männer die alleinige Versorgerrolle übernahmen (B7), Schwächen eher toleriert werden oder weniger Vorurteile bei einer Hilfeannahme von jüngeren Männern bestehen:

„[...] und ich glaube, das sollte man nicht scheuen, nicht scheuen und ich glaube, dass es auch, in der Generation, in eurer Generation glaube ich schon viel leichter ist zu einem Psychiater zu gehen, ohne Vorurteile, als wie es in unserer Generation ist, vielleicht, da wird es vielleicht nicht mehr so als dumm abgestempelt. So sehe ich es heute, [...]“ (B7: 153-157)

Mehrere interviewte Fachpersonen sprechen ein leichteres Erreichen von jungen Männern mit Angeboten an und verweisen zum Beispiel auf die veränderte Konstruktion von Männlichkeit und Weiblichkeit (FP11, FP18, FP19, FP26):

„[...] im Vergleich zu den Jüngeren, (3) bei den Jüngeren wird es teilweise leichter, also das haben Sie mich nicht gefragt, (lacht) aber das sage ich vielleicht mal zuerst, weil sich da doch etwas ändert im Selbstverständnis und im Rollenbild. Wobei mir die Entwicklungen, wie sie zurzeit laufen, ein bisschen Angst machen (lachen), (1) ähm, weil sie etwas rückgewandt sind, gesellschaftlich gesehen. Aber grundsätzlich machen wir da die Erfahrung, dass wir die schon leichter erreichen, [...]“ (FP27: 135-141)

Es wird betont, dass Hilfeannahme schwieriger wird, je älter ein Mann wird. Beispiele dafür sind, dass Männer im mittleren und hohen Erwachsenenalter weniger über Probleme reden. Verwiesen wird dabei auf die Erziehung (B6, B12, C3). Die Fachpersonen beziehen sich auf Themen wie die schwierige Erreichbarkeit von Männern mit Hilfsangeboten, Einsamkeit, Depressionen im Alter sowie Überalterung der Gesellschaft (FP11, FP18, FP21):

„Ja eh, mhm. (3) Ich würde schon sagen, dass die oft noch mehr in sich reinfressen und bei gewisse merkst es oft ja, dass sie mehr abwesend sind, wenn du mit ihnen redest. Und auch, wenn du merkst nur Kleinigkeiten, was jetzt familiär ist, dass eh ah weiß ich nicht, zurückhaltend sind, mit keinem Reden wollen, ah und ich glaube, dass da schon auch der Stolz, was irgendwo im Hintergrund steht, noch höher ist. Dass du sagst, du suchst dir jetzt echt wen.“ (A22: 70-75)

Im Kontrast dazu formuliert ein Mann aus der Altersgruppe 70 bis 90 Jahren deutlich, dass er sich bei Bedarf Hilfe suchen würde (C3). Anhand vieler Wortmeldungen der Interviewpersonen wird die Annahme einer erleichterten Hilfeannahme bei jüngeren Männern angesprochen. Dem stehen andere Äußerungen gegenüber, nach denen die Schwierigkeiten bei der Hilfeannahme bei jüngeren Männern ebenso bestehen und diesbezüglich ein Gleichbleiben und weniger eine Veränderung hin zu einer Besserung wahrgenommen wird (B7, C9):

„Ja (2) also mir kommt halt vor, ich mein ich bin jetzt eher, der ländlichere Typ und so wie es jetzt auf die Art früher war. Ah als Mann musstest du etwas darstellen, du hast müssen stark sein, du hast müssen dich durchsetzen können. Und ich glaube, dass einfach das noch immer vorhanden ist, in gewissen Zügen und dass das echt schon noch dominant ist, bei gewissen, im Kopf zumindest halt, dass sie jetzt sagen, ich muss da jetzt durch und es hilft nichts und es geht nicht anders und sagen wir jetzt, die Frau, die Freundin soll das jetzt nicht mitbekommen, also, dass ich eigentlich auf die Art eine bisschen schwächere Stelle habe. (4)“ (A22: 78-86)

Fachpersonen sprechen ebenfalls die fehlende Verbesserung bei der Hilfeannahme von jüngeren Männern an (FP15, FP26). Als Erklärung wird die Tendenz zur Rückkehr zu traditionellen Rollenbildern in Krisen angeführt (FP11):

„Ahm, (1) das Männerbild ändert sich zwar von Generation zu Generation, wohl auch von Jahr zu Jahr, aber oft habe ich den Eindruck gerade in Krisen äh neigen dann die Männer doch wieder zu den alten archaischen Einstellungen und äh nehmen Hilfe oder akzeptieren Hilfe wieder relativ schwer.“ (FP18: 311-315)

Es wird angegeben, dass es für jüngere Männer nicht leichter im Leben ist, weil neue Herausforderungen auf sie zukommen. Früher sei wertschätzender mit dem Leben umgegangen worden (A24). Als Beispiele werden das veränderte Aufwachsen von Kindern in Bezug auf den verstärkten Handykonsum und die damit weniger werdenden Face-to-Face Gespräche, die unbegrenzten Möglichkeiten und die Schnellebigkeit der Gesellschaft angegeben (B12, C9):

„[...] ich kann mir vorstellen, dass, dass sich junge Männer wesentlich schwerer tun, ihren Platz in der Gesellschaft zu finden, wie ich das noch vor 50 Jahren gehabt habe.“ (C9: 322ff.)

Das *Erklärungsmodell der erschwerten Hilfesuche/Hilfeannahme von Männern in Krisen* stellt eindrücklich entsprechende Hintergründe dar. Beginnend mit der ersten Schlüsselkategorie *Leben in Utopia* wurden durch die Auswertung die Schwierigkeiten in Hinblick auf das Wahrhaben und Erkennen von Krisen sowie das dementsprechende Vermeidungsverhalten und Tabuisieren von Krisen offensichtlich. Mögliche *Nährböden* für Krisen und Protektivfaktoren konnten zusätzlich identifiziert werden. Die Schlüsselkategorie *Die Welt der Dilemmata* zeigt in der Folge die erlebten Schwierigkeiten von Männern an, sollten Krise wahrgenommen werden (müssen) und Hilfebedarf notwendig werden. Deutlich wurde, dass Männer durch ein *Männerbild der Stärke und Unverletzlichkeit* in ihrem Leben geprägt werden und Attribute, wie die Hilfesuche, vermeiden, denn durch diese könnten sie von sich selbst oder anderen Menschen als *Versager* bewertet werden. Als letzter Bereich des *Erklärungsmodells* wurden in diesem Unterkapitel die Schlüsselkategorie *Wege zur Erkenntnis des eigenen Hilfebedarfs* und die dazugehörige Kategorie *Die Fähigkeit zur Suche bzw. Annahme von Unterstützung* präsentiert. Im Vordergrund steht dabei die Fähigkeit, überhaupt über Probleme sprechen zu können und Hilfebedarf zu verbalisieren. Zusätzlich bedeutsam für das Erkennen des eigenen Hilfebedarfs ist das Erkennen persönlicher Warnsignale. Die Hoffnung, dass jüngere Männer bereits früher und leichter Hilfe in Krisen suchen, wurde in den geführten Interviews vielfach geäußert. Diese Zuschreibungen ließen sich jedoch in der Auswertung nicht bestätigen und werden in den Interviews immer wieder kritisch betrachtet. Diese Schlüsselkategorie beschrieb die letzten Herausforderungen und Schwierigkeiten am Weg zur Suche bzw. Annahme von Prävention und/oder Hilfe.

9.4 Unterschiede und Auffälligkeiten in den Befragungsgruppen

Den Forschungsfragen entsprechend findet eine Analyse der Ergebnisse nach Gemeinsamkeiten und Unterschiede bei den verschiedenen Befragungsgruppen statt. Passend dazu werden in der Anwendung der Auswertungsmethode der *Reflexiven Grounded Theory Methodologie* sämtliche Phänomene immer wieder nach Gemeinsamkeiten und Unterschieden verglichen (vgl. Przyborski/Wohlrab-Sahr 2021: 258). Gemeinsamkeiten im Rahmen von Äußerungen in den verschiedenen Befragungsgruppen werden teilweise bereits in den vorangegangenen Ergebnisdarstellungen offengelegt. Bei jedem dargestellten Modell findet sich abschließend ein Kapitel, in dem der Fokus auf die Unterschiede und Auffälligkeiten in den Befragungsgruppen gelegt wird. Diese Unterkapitel dienen auch als Kurzzusammenfassung der Ergebnisse, bevor diese anschließend diskutiert werden.

Dementsprechend werden nun Unterschiede in den Befragungsgruppen in den einzelnen Schlüsselkategorien des *Erklärungsmodells der erschwerten Hilfesuche/Hilfeannahme von Männern in Krisen* offengelegt. Die folgende Abb. 31 zeigt einen Vergleich der kodierten Segmente zwischen Männern und Fachpersonen in den drei Schlüsselkategorien des *Erklärungsmodells*:

Abb. 31: Schlüsselkategorien mit kodierten Segmenten: Vergleich Männer und Fachpersonen (eig. Darst., erstellt mit Code Matrix Browser von MAXQDA)

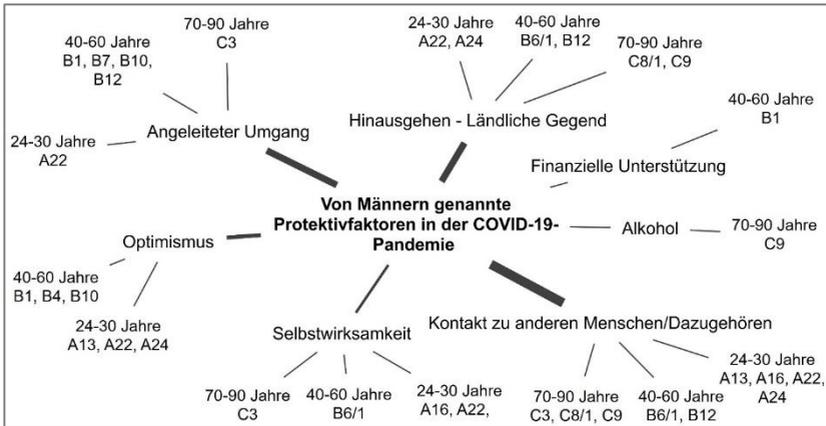
Codesystem	Männer	Fachpersonen
>  Leben in Utopia	402	96
>  Welt der Dilemmata: Suche/Annahme von Prävention und Hilfe	413	227
>  Der Weg zur Erkenntnis des eigenen Hilfebedarfs	566	317

Bei einem Vergleich der Befragungsgruppen der interviewten Männer mit den Fachpersonen im *Code-Matrix-Browser* der *Software für qualitative und Mixed-Methods-Datenanalyse MAXQDA* (2024) in Abb. 31 zeigt sich, wie oben abgebildet, dass die Schlüsselkategorie *Ein Leben in Utopia* zwar in allen geführten Interviews, aber nur mit 96 kodierten Segmenten bei den Interviews mit Fachpersonen ein sehr geringes Vorkommen gegenüber den Interviews mit Männern mit 402 kodierten Segmenten aufweist. Diese Auffälligkeit verdeutlicht, dass in den 15 geführten Interviews mit Männern und in den zwölf geführten Interviews mit Fachpersonen das beschriebene *Nicht-Wahrhaben-Wollen von Krisen* viel mehr von Männern thematisiert wird. Bei den unterschiedlichen Altersgruppen der interviewten Männer gibt es keine signifikanten Unterschiede. Die interviewten Fachpersonen sprachen zwar die Tabuisierung von Suizidalität und Krisen an, nicht aber speziell das Vermeidungsverhalten

von Männern in Krisen. Alle dazu entstandenen Kategorien wurden in allen Altersgruppen der interviewten Männer genannt. Vor allem Interviewpersonen zwischen 70 und 90 Jahren stellen eine Altersgruppe mit Auffälligkeiten in der Schlüsselkategorie *Leben in Utopia* dar. So agiert diese Altersgruppe ambivalent bezüglich vergangener Krisen: Sie erwähnt immer wieder, keine Krisen in der Vergangenheit erlebt zu haben, und erzählt trotzdem an anderen Stellen des Interviews oder in Vor- und Nachgesprächen des Interviews von eigenen Krisen und ihrem Umgang damit. Interviewte Männer aus der Altersgruppe 24 bis 30 Jahren äußern sich niemals in Bezug auf mögliche zukünftige Krisen.

Das soziale Leben ist von vielen interviewten Männern eine oft genannte Unterkategorie für Protektivfaktoren. Fünf der sieben Männer aus der Altersgruppe 40 bis 60 Jahren und alle Männer aus den Altersgruppen 24 bis 30 sowie 70 bis 90 Jahren äußerten sich dazu. Für die Altersgruppe des frühen und höheren Erwachsenenalters war die Zugehörigkeit zu anderen Menschen oder Gruppen sehr relevant. Ein religiöser Glaube als Protektivfaktor kommt bei den Männern aus der Altersgruppe 24 bis 30 Jahren nicht vor. Die Unterkategorie *Umgang mit Stress* wurde in 15 von 16 Interviews mit Männern angesprochen und zeigt bei den einzelnen Protektivfaktoren eine gleichmäßige Verteilung über die Altersgruppen hinweg. Da die dazugehörige Forschungsfrage nur auf das Erleben von Protektivfaktoren der interviewten Männer fokussiert war, wurden die Fachpersonen nicht speziell dazu befragt, äußerten sich jedoch trotzdem dazu. Protektivfaktoren, die Männer aus den beforschten Regionen, aber keine Fachpersonen nannten, waren Harmonieempfinden, Selbstwirksamkeit sowie Optimismus. Zusammenfassen lassen sich die in Abb. 32 dargestellten Protektivfaktoren der interviewten Männer in Bezug auf die COVID-19-Pandemie, die zum Erhalten von Stabilität beigetragen haben.

Abb. 32: Protektivfaktoren in der COVID-19 Pandemie (eig. Darst., erstellt mit Code-Subcodes-Segmente-Modell, MAXQDA)



Ersichtlich wird durch die Abb. 32, dass der Kontakt zu anderen Menschen einen besonderen Stellenwert für die interviewten Männer aller Altersgruppen in der COVID-19 Pandemie einnahm. Ein angeleiteter Umgang als Protektivfaktor, beispielsweise in Form der Schutzimpfung, findet sich vorrangig in der Altersgruppe 40 bis 60 Jahren. Von den interviewten Männern wurde die Möglichkeit, hinauszugehen, mit Betonung der ländlichen Gegend als Ressource, angesprochen. Ansonsten kamen vorwiegend Äußerungen zum Umgang mit Stress vor. Wird die Verteilung der Altersgruppen in der Abbildung näher betrachtet, fällt auf, dass sich bei den Altersgruppen 24 bis 30 und 40 bis 60 Jahren vermehrt Äußerungen zum Themenkomplex Optimismus finden. Dies betrifft eine Verslossenheit gegenüber äußeren negativen Einflüssen, z.B. in Hinblick auf einen reflektierten Medienkonsum. Männer aus der Altersgruppe 70 bis 90 Jahre äußerten sich dazu nicht. Bezugnehmend auf andere Krisen gaben die interviewten Männer weitere Protektivfaktoren, die hinsichtlich der COVID-19-Pandemie nicht genannt wurden, wie einen religiösen Glauben und nähere Beispiele im Rahmen des Protektivfaktors *Herausgehen*, an.

Bei Betrachtung der Unterkategorie *Der variable Nährboden für (suizidale) Krisen* in den verschiedenen Altersgruppen wurde offensichtlich, dass die meisten Kodierungen der interviewten Männer mit 40 bis 60 und 70 bis 90 Jahren in beiden Altersgruppen vorkommen. Bei den 40- bis 60-jährigen Männern kommen Krisen im Arbeitskontext dazu. Dies betrifft ebenfalls den Vergleich dieser Altersgruppe mit den 24 bis 30-jährigen Männern. In der vergleichenden Analyse der 24- bis 30- mit den 40- bis 60-jährigen Männern wird eine große Schnittmenge an gemeinsamen Kodierungen ersichtlich. Ausnahmen von Kodierungen, die nur bei den 40 bis 60-jährigen vorkommen, sind die Sinn-, Perspektiven- und Ausweglosigkeit, z.B. in Bezug auf einen religiösen

Glauben. In den Interviews mit Männern zwischen 24 bis 30 Jahren zeigen sich nur Äußerungen, die auch bei Männern zwischen 40 bis 60 Jahren vorkommen.

Ein Vergleich der zugeordneten Kodierungen der interviewten Männer in den Altersgruppen 24 bis 30 und 70 bis 90 Jahren ergibt folgende Abb. 33:

Abb. 33: Kategorie „Der variable Nährboden von (suizidalen) Krisen“; Vergleich der 24-30 und 70-90-jährigen Männer (eig. Tabelle)

Der variable Nährboden von (suizidalen) Krisen		
Vergleich der 24-30 und 70-90-jährigen Männer		
<i>24-30-jährige Männer</i>	<i>Gemeinsame Codes</i>	<i>70-90-jährige Männer</i>
Kontrollverlust	Schicksalsschlag	Selbstüberschätzung
Überlastung	Krankheit	Sturheit
	Alkohol	Perfektionismus
	Einsamkeit	Unzufriedenheit
	Vielseitigkeit des Last-Seins, Nutzlosigkeit	Sinn-, Perspektiven-, Ausweglosigkeit
	Arbeitslosigkeit	Abkopplung vom Glauben
	Psychische/physische Probleme in Familie	Krisen zwischen Eltern und Kindern
	Gewalt	
	Finanzieller Druck	
	Verzweiflung	
	Trennung	
	Tabuisierung von psychischen Problemen	

Auffallend ist, dass viele Kodierungen in den Altersgruppen der 24- bis 30- sowie 70- bis 90-jährigen Interviewpersonen vorkommen. Die Analyse der Unterscheidungen ergibt, dass die Unterkategorie *Kontrollverlust* von Männern des frühen Erwachsenenalters nur einmalig in Bezug auf Krisen wie Stromausfall oder Krieg angesprochen wird. Demgegenüber gehen interviewte Männer aus der Altersgruppe 70 bis 90 Jahren vermehrt auf Perfektionismus, Selbstüberschätzung und die damit verbundene Sturheit sowie Unzufriedenheit ein. Eine Überlastung in Bezug auf den Arbeitskontext wird nur von den 24- bis 30-jährigen Männern angesprochen. Beide Altersgruppen äußern jedoch Arbeitslosigkeit als eine mögliche Krise von Männern. Krisen zwischen Eltern und Kindern werden nur von Männern aus der Altersgruppe 70 bis 90 Jahre erwähnt. Andere Krisen in der Familie oder Partnerschaft werden von beiden Altersgruppen geäußert. Eine weitere Unterscheidung ist, dass sich Kodierungen zur Sinn-, Perspektiven- und Ausweglosigkeit im Zusammenhang zu einem religiösen Glauben nur bei den 70- bis 90-jährigen Männern finden lassen. Einmal wird von einem Interviewpartner aus der Altersgruppe 24 bis

30 Jahren Suizidalität in Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit und dem Gefühl, eine Last für andere zu sein, genannt.

In einem Vergleich der interviewten Männer mit den Fachpersonen wird ersichtlich, dass gesellschaftliche Dynamiken als *variabler Nährboden für (suizidale) Krisen* in allen Altersgruppen der interviewten Männer, aber nur einmal in Bezug auf den unterschiedlichen Umgang mit physischen und psychischen Problemen in einem Expert*inneninterview angesprochen wird. Insbesondere wird die Einsamkeit von älteren Männern von allen Befragungsgruppen betont.

Sehr auffallend ist, dass in der Schlüsselkategorie *Welt der Dilemmata* kaum Auffälligkeiten in den Befragungsgruppen ausgewertet werden konnten. Die Schwierigkeit der Hilfesuche und/oder Hilfeannahme für Männer wird in allen Befragungsgruppen betont. Im Vergleich zwischen den Befragungsgruppen der Männer und Fachpersonen zeigt sich, dass den Fachpersonen die Schwierigkeit für Männer, Hilfe anzunehmen, bewusst ist. Immer wieder wird betont, dass eine Veränderung dessen ein längerer Prozess ist. Auch die akzeptierte Prägung des Mannes hin zu einem *Männerbild der Stärke und Unverletzlichkeit* wird in allen Altersgruppen bei den geführten Leitfadeninterviews angesprochen. Interessant ist, dass sie in Bezug auf alle Altersgruppen von Männern beschrieben wird und nicht beispielsweise nur als Verweis auf ältere Generationen. Die Prägung hin zu einem *Männerbild der Stärke und Unverletzlichkeit* scheint in allen Befragungsgruppen in Ansätzen bewusst und in weiterer Folge akzeptiert zu sein. Dessen Beitrag durch Erziehung und Sozialisation wird ebenfalls in allen Befragungsgruppen angesprochen.

In sämtlichen Befragungsgruppen werden die weniger förderlichen Problemlösekompetenzen und Lösungsstrategien von Männern sowie die Erhöhung der Frauen thematisiert. Nur bei Details sind Unterschiede wahrnehmbar, z.B. wird nur von einem Mann aus der Altersgruppe 70 bis 90 Jahren den Frauen Klugheit als Begründung für einen besseren Umgang mit Problemen und Krisen zugesprochen. Die Stärke von Frauen, im Sinne eines *Aushaltens von Krisen*, wird von Männern aus der Altersgruppe 24 bis 30 Jahren nicht erwähnt. Suizid als anerkannte Problemlösestrategie wurde von sechs Männern verschiedener Altersgruppen beschrieben. Zwei Fachpersonen äußern Überlegungen hinsichtlich einer freien Entscheidung zum Suizid im Zusammenhang mit dem assistierten Suizid. Der Suizid als egoistische Flucht vor Problemen wird von acht Männern aus verschiedenen Altersgruppen beschrieben, nur eine Fachperson äußert sich dazu. Die unterschiedliche Bewertung von Suiziden und Suizidversuchen zeigt sich in allen interviewten Altersgruppen der Männer. Von den Fachpersonen gibt es dazu keine Aussagen.

Bei den Äußerungen zur angestrebten Stärke von Männern werden ebenfalls keine Unterschiede in den Befragungsgruppen ersichtlich. Anzumerken ist, dass Männer aus der Altersgruppe 24 bis 30 Jahren in den Leitfadeninterviews dazu nicht allgemein von Männern oder nur älteren Männern sprachen,

sondern von sich selbst oder von Männern ihrer eigenen Altersgruppe. Zusätzlich merken sie an, dass Frauen ein *Männerbild der Stärke und Unverletzlichkeit* unterstützen. In dieser Altersgruppe ließ sich keine hervorgehobene Abgrenzung gegenüber Frauen feststellen. Unterschiede zwischen interviewten Fachpersonen und Männern zum Thema *Stärke* wurden keine ersichtlich.

Auffälligkeiten zeigen sich beim Vergleich der Zuschreibungen an Frauen und den formulierten (eigenen) Zuschreibungen an Männer: Beiden Geschlechtern wird Stärke zugeschrieben, allerdings mit unterschiedlichen Bedeutungen. So wird bei Frauen Stärke im Sinne eines Aushaltens, in Bezug auf einen guten Umgang und die Bewältigung von Krisen, beschrieben, und das Reden über Probleme als Stärke definiert. Im Gegensatz dazu wird die formulierte *Stärke* bei Männern auf das Verhalten in Krisen fokussiert und nicht auf die Bewältigung dieser Krisen: Sie müssen funktionieren, perfekt sein, Verantwortung übernehmen, keine Gefühle zeigen und vor allem keine Hilfe annehmen. Ein weiterer zentraler Unterschied ist, dass Frauen ein *naturgegebenes Können* im Umgang mit Problemen oder Krisen zugesprochen wird und gleichzeitig Männern Problemlösekompetenzen abgesprochen sowie die Abgrenzung von Frauen forciert wird.

Die Unterkategorie *Nimbus des Versagers* wird mit 109 Kodierungen umfassend in allen Altersgruppen thematisiert. Es werden keine Unterschiede bei den 24- bis 30-jährigen Männern gegenüber Männern im mittleren oder höheren Erwachsenenalter, ersichtlich. Auch bei den 24- bis 30-jährigen Männern wird Scham in Bezug auf psychische Probleme oder Hilfeannahme oft beschrieben. In der Unterkategorie *Ratlosigkeit* gibt es ebenfalls keine Unterschiede zwischen den verschiedenen Altersgruppen der interviewten Männer und Fachpersonen.

In der Schlüsselkategorie *Der Weg der Erkenntnis des eigenen Hilfebedarfs* zeigt sich, dass Männer oft lange versuchen, Probleme und Krisen allein zu bewältigen. Vorrangig wird dies von den interviewten Männern im frühen und mittleren Erwachsenenalter angesprochen. Die späte Hilfeannahme wird ebenfalls vorrangig von diesen Befragungsgruppen thematisiert. Die Relevanz, eigene und Warnsignale von anderen Personen zu erkennen, wird schließlich in allen Befragungsgruppen angesprochen. Werden die formulierten Warnsignale in dieser Forschung vergleichend zwischen den beiden Befragungsgruppen der Männer und Fachpersonen betrachtet, entsteht folgende Abb. 34:

Abb. 34: Unterkategorie „Die Gratwanderung“; Warnsignale, Vergleich der Befragungsgruppe der Männer und Fachpersonen (eig. Tabelle)

Formulierte Warnsignale		
Vergleich der Befragungsgruppen der Männer und Fachpersonen		
<i>Männer</i>	<i>Gemeinsame Codes</i>	<i>Fachpersonen</i>
Keine Besserung	Ausweglosigkeit, Hoffnungslosigkeit	Nervosität
Schlechte Stimmung	Aggression/Gewalt	Ruhe vor dem Sturm
Verwirrtheit	Sozialer Rückzug	Veränderte Stimmung
Unerklärliche schlechte Stimmung	Ereignis: Kränkung oder Überforderung	Konzentrationsschwierigkeiten
Mehr Arbeiten	Schlafstörungen	Angst
	Suizidgedanken, Suizidankündigungen	Ansprache anderer Personen
	Verzweiflung	Risikofreudiges Verhalten
	Verschenken/Regeln persönlicher Dinge	Bilder, Texte in Richtung suizidaler Gedanken
	Antriebslosigkeit	
	Körperliche Beschwerden	

Diese Abbildung zeigt auf den ersten Blick mehrere Kodierungen, die von beiden Befragungsgruppen angesprochen wurden. Die Unterschiede werden vor allem durch die Kodehäufigkeit verdeutlicht. Von den interviewten Männern wird viel öfter Ausweglosigkeit und Hoffnungslosigkeit genannt. Sieben Männer nennen diese als zentrale Warnsignale, jedoch nur zwei Fachpersonen äußern sich dazu. Ebenfalls wird die Verzweiflung nur von einer Fachperson als Warnsignal benannt, jedoch sprechen sechs Männer darüber in den Interviews. Häufig werden von den interviewten Männern Schlafstörungen als Warnsignale genannt (sechs Interviews). Im Gegensatz dazu nennen die Fachpersonen häufig (18 Kodierungen) Aggression, Gewalt und Gereiztheit als mögliche Warnsignale. Diese Warnsignale werden jedoch nur von zwei interviewten Männern genannt. Für sie ist es ein zentrales Warnsignal, wenn sich keine Besserung der Situation einstellt. Alle anderen Warnsignale wurden nur vereinzelt genannt. Anzumerken ist, dass sich mögliche Parallelen abzeichnen, die nur anhand der Formulierungen zu einer unterschiedlichen Zuordnung führten. Beispielsweise könnten die Kodierungen bei Männern zu einer schlechten Stimmung als Warnsignal mit der formulierten veränderten Stimmung von Fachpersonen korrelieren.

Im Vergleich zwischen den Altersgruppen der interviewten Männer zeigt sich, dass in der Altersgruppe der 70- bis 90-Jährigen nie eine veränderte Stimmung, Suizidgedanken oder Suizidankündigungen als Warnsignale angesprochen werden. Sozialer Rückzug und Schlaflosigkeit werden in allen Altersgruppen genannt. 24- bis 30-jährige interviewte Männer äußern sich nicht zu

Ereignissen, die zur Kränkung oder Überforderung führen. Alle anderen Warnsignale nennen alle Altersgruppen.

Die Bedeutung, den eigenen Hilfebedarf zu verbalisieren, wird von allen interviewten Männern mit Ausnahme von B10 angesprochen. Sieben interviewte Fachpersonen äußern sich ebenfalls zur Thematik. Inhaltlich lassen sich keine relevanten Unterschiede auswerten. Durch die häufige Ansprache der Thematik lässt sich jedoch eine allgemeine Relevanz, den Hilfebedarf zu verbalisieren, erkennen. Zu den ausgewerteten Zuschreibungen zur Generationenzugehörigkeit in Bezug auf den Umgang mit Krisen finden sich Interviewbeiträge aus allen Befragungsgruppen. Auffällig ist, dass sich in allen Befragungsgruppen unterschiedliche Meinungen finden: Einerseits wird angegeben, dass es für jüngere Männer leichter ist Hilfe zu suchen, andererseits meinen die Interviewpersonen keine Veränderung oder Erleichterung bezüglich der Hilfesuche wahrzunehmen.

Zentrale Unterschiede und Auffälligkeiten in den Befragungsgruppen im *Erklärungsmodell der erschwerten Hilfesuche/Hilfeannahme von Männern in Krisen* werden in der Abb. 35 zusammengefasst. Diese soll als Übersicht zentraler Ergebnisse dienen, bevor diese im nächsten Kapitel diskutiert werden.

Abb. 35: Erklärungsmodell der erschwerten Hilfesuche/Hilfeannahme; Zentrale Unterschiede und Auffälligkeiten in den Befragungsgruppen

Zentrale Unterschiede und Auffälligkeiten

Gemeinsamkeiten in allen Befragungsgruppen

Alle Schlüsselkategorien werden in allen Befragungsgruppen beschrieben.

Männer wollen und/oder können Krisen nicht wahrnehmen.

Protektivfaktoren von Männern befinden sich im Bereich des eigenen sozialen Lebens und dem Umgang mit Stress.

Variable Nährböden für Krisen sind in den interviewten Altersgruppen von Männern ähnlich und bilden deren Lebenswelten ab.

Hilfesuche/Hilfeannahme ist für Männer mit Schwierigkeiten verbunden.

Alle ausgewerteten *Dilemmata* in Bezug auf die Suche/Annahme von Prävention und Hilfe finden sich in sämtlichen Befragungsgruppen (Prägung zu einem *Männerbild der Stärke und Unverletzlichkeit* sowie dementsprechende Erziehung und Sozialisation, weniger förderliche Problemlösekompetenzen und Lösungsstrategien von Männern, Erhöhung der Frauen, angestrebte Stärke von Männern, Hilfesuche bedeutet Scham und ein Versager zu sein).

Suizid ist eine anerkannte Problemlösestrategie von Männern.

Es wird lange versucht Krisen allein zu bewältigen, Hilfeannahme ist keine oder die letzte Möglichkeit.

Persönliche Warnsignale müssen erkannt werden.

Formulierte Warnsignale von Männern: Ausweglosigkeit, keine Besserung, Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung, Schlafstörungen, sozialer Rückzug.

Eigener Hilfebedarf muss verbalisiert werden.

In allen Befragungsgruppen finden sich unterschiedliche Meinungen zum Umgang mit Krisen in den jeweiligen Generationen: Von der Meinung, dass es für jüngere Männer leichter ist, Hilfe zu suchen, bis hin zu Äußerungen, die dies verneinen.

24-30-jährige Männer

Männer dieser Altersgruppe äußern sich niemals in Bezug auf mögliche zukünftige Krisen.

Religiöser Glaube als Protektivfaktor kommt bei den 24- bis 30-jährigen Männern nicht vor.

Sinn-, Perspektiven- und Ausweglosigkeit wird von den 24- bis 30-jährigen interviewten Männern nicht als variabler Nährboden für Krisen genannt.

Die *Dilemmata* hinsichtlich der Suche bzw. Annahme von Prävention und Hilfe werden in Bezug auf die eigene Altersgruppe hin beschrieben.

Keine Äußerungen zur Abgrenzung von Frauen.

Keine Äußerungen zu Ereignissen, die zur Kränkung oder Überforderung führen.

40-60-jährige Männer

Keine signifikanten Auffälligkeiten.

70-90-jährige Männer

Es wird ambivalent bezüglich vergangener Krisen berichtet: Einerseits wird angegeben, dass es keine Krisen gab, andererseits wird von Krisen berichtet.

Eine veränderte Stimmung, Suizidgedanken oder Suizidankündigungen werden nicht als Warnsignale in Krisen angesprochen.

Fachpersonen

Das Vermeidungsverhalten von Männern in Krisen wird nicht angesprochen.

Genannt werden diese Warnsignale von Männern: Aggression, Gewalt.

9.5 Diskussion der Ergebnisse: Erklärungsmodell

In diesem abschließenden Unterkapitel wird das *Erklärungsmodell der erschwertten Hilfesuche/Hilfeannahme von Männern in Krisen* anhand von Literatur und eigener Meinung kritisch diskutiert. Wie ab Seite 37 zur männlichen Sozialisation in der Gesellschaft beschrieben wurde, wird in Theorie und Forschung oft auf die verspätete oder nicht vorhandene Hilfesuche von Männern im Kontext von Krisen und Suizidalität verwiesen. Dies wird durch die vorliegenden Forschungsergebnisse bestätigt. Bezüglich der Schwierigkeiten von Männern bei der Hilfesuche/Hilfeannahme ist im Forschungstagebuch die Abb. 36 entstanden, die dies aussagekräftig aufzeigt. Ersichtlich wird im Bild ein Mann, der durch einen vollgeräumten Gang geht. Ganz oben, unscheinbar und unerreichbar, befindet sich ein Paket, welches ein mögliches Hilfsangebot darstellt:

Abb. 36: Forschungstagebuch; Das Regalbild (eig. Darst. am 2.1.2024 mit MyEdit, CyberLink Corporation 5203.TW)



Die Forschungsergebnisse erlauben im Rahmen des *Erklärungsmodells* einen Blick auf die Hintergründe der Schwierigkeiten der Hilfesuche und Hilfeannahme von Männern. Außerdem werden Erklärungsansätze geboten, um ihre hohe Suizidrate zu verstehen. Die drei Schlüsselkategorien *Ein Leben in Utopia*, *Die Welt der Dilemmata* und *Die Wege zur Erkenntnis des eigenen Hilfsbedarfs* gehen fließend ineinander über und beeinflussen sich gegenseitig.

Festhalten an einem Leben in Utopia und erste entscheidende Bereiche für die Krisenbewältigung

Mit dem Begriff *Utopia* wurde ein bewertender, positiv besetzter Begriff gewählt. Dieser drängte sich im Laufe der Interviewführung immer wieder auf, wurde vielfach diskutiert und kritisch in der Auswertungsphase betrachtet. Entstanden ist das Bild einer schönen Welt ohne Leid und den damit verbundenen Anspruch von Männern nach einem erfüllten Leben und die Ablehnung, in den ‚Abgrund zu sehen‘. Ein zentrales Ergebnis der vorliegenden Forschung ist, dass Männer krisenhafte Zustände nicht wahrhaben wollen bzw. können. In der Literatur finden sich dazu bereits Hinweise: Witte (2001) beschreibt bei Männern weniger wahrgenommene Probleme und Stressfaktoren im Zusammenhang mit einer verspäteten Hilfeannahme (vgl. Witte 2001: 124) und Dinges (2012) schreibt Männern ein unreflektiertes Körperverhältnis und dadurch ein Ignorieren von Problemen oder ein fehlendes Ernstnehmen von Symptomen zu (vgl. Dinges 2012: 64-67). Benannt wird diesbezüglich ein fehlender Selbstbezug und als Folge eine ‚Stummheit‘ aufgrund des Kontakts zur eigenen Person (vgl. Böhnisch 2019: 41). Waidhofer (2016) definiert dazu den vermeidenden Bewältigungsmodus mit Vermeidung und Rückzug als Reaktionen von Männern (vgl. Waidhofer 2016: 155). Das *Nicht-Wahrhaben-Wollen* wird ebenfalls als eine Sterbephase (vgl. Kübler-Ross 2009: 66-77) und eine Phase der Trauer und Trauerbewältigung benannt (vgl. Kast 2007: 193). Dies könnte auf Parallelen im Sinne der Auswirkungen von Krisen auf Männer und eine dementsprechende Schutzreaktion hinweisen. Nach den Forschungsergebnissen betrifft diese Vermeidung vergangene, aktuelle und zukünftige Krisen und verdeutlicht eine massive Tabuisierung von Krisen und Suizidalität. Stattdessen versuchen Männer, Krisen auszuhalten, abzuwarten und ihr Selbstwertgefühl anderweitig herzustellen. Beispiele dafür wären das Eingehen neuer Beziehungen und Alkoholkonsum. Die Betrachtung von ursächlichen Bedingungen in der Auswertung mit der *Reflexiven Grounded Theory Methodologie* zeigte spannende Erklärungsmuster: Das Heraustreten aus *Utopia* würde Kontrollverlust bedeuten. Männer beruhigen sich damit, nicht von Krisen betroffen zu sein, haben einerseits gelernt Gefühle zu unterdrücken, andererseits verfügen sie über keine adäquaten Problemlösungsstrategien. Berichtet wird von Männern, die gut mit einer Vermeidung leben. Die Vermeidung von Krisen wird von anderen Männern erwartet und Krisen werden in der Gesellschaft immer wieder tabuisiert. Dementsprechend ist der Versuch, in *Utopia* zu bleiben, gut erklärbar. Die Tabuisierung und die abwertende Ansicht gegenüber Suizidalität und psychischen Problemen in der Gesellschaft scheinen jedoch nach den Ergebnissen dieser Forschung ein guter *Nährboden* für Männer zu sein, dass sich eben diese entwickeln. Die Problematik liegt darin, dass Männer im Laufe ihres Lebens Krisen ausgesetzt sind und durch diese massive Vermeidung mit einem fehlenden Wahrnehmen und Akzeptieren von Krisen

die ersten Schritte hin zu einer erfolgreichen Krisenbewältigung erschwert werden. Auch beginnt diese Vermeidung nicht erst bei der Krise, ihrer Bewältigung und einer möglichen Hilfeannahme, sondern bereits bei der Prävention. Die Tabuisierung führt dazu, dass bereits das Thema Krise und Suizidalität an sich vermieden wird. Den Preis, den Männer durch diese Tabuisierung und die damit aufrechtgehaltene Illusion der Stärke – zumindest für die Außenwelt – bezahlen, ist sehr hoch.

Die Ergebnisse der Forschung verweisen auf eine Vielzahl an Protektivfaktoren, wie das soziale Leben, z.B. durch Dazugehören zu anderen Menschen oder Gruppen sowie einem religiösen Glauben. Auch ein guter Umgang mit Stress, unter anderem durch Ablenkung, Selbstwirksamkeit und Optimismus, werden in den Interviews erwähnt. Protektivfaktoren verringern die Wahrscheinlichkeit von körperlichen und psychischen Erkrankungen und suizidalem Verhalten. Ideal ist das Vorhandensein mehrerer Protektivfaktoren, da sich diese wechselseitig verstärken (vgl. Schneider et al. 2014: 43):

„Schutzfaktoren besitzen eine Schlüsselfunktion im Bewältigungsprozess von Stress- und Risikosituationen. Sie fördern eine kreative, selbstbewusste und kompetente Anpassung an die sich im Leben verändernden Anforderungen und die sich stets im Wandel befindende Umwelt.“ (ebd.: 43)

Die Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass diese Protektivfaktoren nicht der Krisenbewältigung, im Sinne eines Prozesses, der auf das Bearbeiten und Beenden der Krise ausgerichtet ist, dienen. Sondern diese Protektivfaktoren werden primär für das Stabilisieren des Mannes im Rahmen des *Nicht-Wahrhaben-Wollens von Krisen* verwendet. Diesbezüglich scheint neben dem Vorhandensein von Protektivfaktoren vor allem deren Intention und Einsatz entscheidend für die Krisenbewältigung zu sein. Zu betonen ist ebenfalls die relative Bedeutung von Risiko- und Protektivfaktoren für das suizidale Verhalten einzelner Personen. So zeigt eine Meta-Analyse, dass suizidales Verhalten durch (nicht) vorhandene Risiko- und Protektivfaktoren nicht vorausgesagt werden kann. Eine derartige Beurteilung ist komplex und es bräuchte eigene Beurteilungen für spezielle Gruppen (vgl. Franklin et al. 2017: 217f.).

Wie in der Abb. 22 ersichtlich wurde, korrelieren die formulierten Protektivfaktoren in den Interviews mit den *variablen Nährböden für (suizidale) Krisen*. Dies führt zu der Annahme, dass es für Männer drei konkrete Bereiche im Leben gibt, die je nach ihrer Ausprägung oder ihres (Nicht-)Vorhandenseins für das Erleben von Krisen und den Umgang mit Krisen entscheidend sind:

- Erleben von Zugehörigkeit
(soziale Kontakte, Dazugehören zu anderen Menschen)
- Das Erleben von Selbstwirksamkeit und Kontrolle
(im Rahmen der Arbeit, Ablenkung von der Krise, Alkoholkonsum)
- Eine zuversichtliche Lebenseinstellung
(Optimismus, Verschließen vor äußeren negativen Einflüssen, Erleben von Sinn, Glaube, Perspektiven)

Diese zentralen drei Bereiche werden nun näher in der Diskussion betrachtet: Das *Erleben von Zugehörigkeit* findet sich auch in der *Interpersonal Theory of Suicide* (siehe Seite 21). Die Sorge, eine Last für andere zu sein, und die fehlende Zugehörigkeit zu anderen Menschen wird als eine Grundlage für suizidales Verhalten betrachtet (vgl. Joiner 2005: 97). Suizidalität kann durch schwere Krisen ausgelöst werden, wie den Verlust der Partner*innen (vgl. Wächtler/Erlemeier/Teising 2008: 132). Einsamkeit wird in der Literatur als kritisches Lebensereignis, insbesondere bei älteren Menschen, benannt (vgl. Erlemeier/Sperling 2014: 12). In der vorliegenden Forschung wurde diesbezüglich häufig auf ältere Männer verwiesen und ein Dazugehören zu anderen Menschen oder Gruppen als zentraler Protektivfaktor benannt. Bereits Durkheim (1973) führt dazu aus, dass eine Familie einen Schutz vor Suizidalität darstellt und Suizide bei verheirateten Männern seltener vorkommen (vgl. Durkheim 1973: 212-221). Dementsprechend werden unterstützende Beziehungen, vor allem in Bezug auf ältere Menschen, hervorgehoben (vgl. Erlemeier/Sperling 2014: 13; Schneider et al. 2014: 42). Dazu erklärt sich das Gefühl der Einsamkeit:

„Das quälende Gefühl der Einsamkeit ist einer der Hauptrisikofaktoren für Suizidalität. Das Gefühl, niemanden zu haben, an den man sich wenden kann, der sich wirklich für einen interessiert, nicht (mehr) gebraucht zu werden, kann zu Suizidhandlungen führen. Häufig sind solche Gefühle nach Trennungen oder Todesfällen besonders stark, aber auch bei Mobbingopfern oder alten Menschen.“ (Gerngroß 2020b: 39)

Als gut untersuchte Risikofaktoren für suizidales Verhalten gelten in der vorliegenden Forschung ebenso wie in der Literatur soziale Isolation (vgl. Olliffe et al. 2018: 315–327; Richardson/Robb/O’Connor 2021: 6; Orden 2010: 577), Probleme in der Familie, körperliche Erkrankungen und das Verlieren der Arbeitsstelle (vgl. Orden 2010: 577). Durch den Verlust der Berufsrolle kann es aus Sicht von Männern zu einem Verlust von Männlichkeit kommen (vgl. Böhnisch 2017: 222; Möller-Leimkühler 2020: 41). Vor allem im Alter entstehen für Männer dadurch neue Herausforderungen (vgl. Böhnisch 2017: 260). Denn zu einer Arbeitsstelle gehören auch andere Aspekte wie das soziale Netzwerk, Anerkennung oder ein Selbstwertgefühl (vgl. Möller-Leimkühler 2020: 89). In den Interviews mit Männern der beforschten Regionen wurde ersichtlich, dass diese Aspekte vorrangig mit einem gelebten Perfektionismus sowie Selbstüberschätzung und schließlich Überforderung einhergehen. Perfektionismus ist nach Waibel (2017) mit unrealistischen Erwartungen, Druck, nicht vorhandener Fehlertoleranz, Verachtung sowie Hoffnungslosigkeit gegenüber anderen und der eigenen Person verbunden (vgl. Waibel 2017: 171f.). Wie bereits ab Seite 22 dargestellt, ist Perfektionismus ein Aspekt des *Kognitiven Modells von suizidalem Verhalten*. Die Forschungsergebnisse zeigen, dass dies in weiterer Folge mit Kontrollverlust und einem Erleben von Kränkung in den genannten *Nährböden für (suizidale) Krisen* einhergeht. Dies kann unter anderem Arbeitslosigkeit, Trennungen oder Krankheiten betreffen. Hinzu kommt nach

Schulte-Wefers/Wolfersdorf (2006), dass derartige Ereignisse weitreichende Folgen für Männer haben können. Zum Beispiel verfallen Männer durch eine Scheidung manchmal in eine Lebenskrise, weil kein ausgleichendes soziales Netzwerk vorhanden ist (vgl. Schulte-Wefers/Wolfersdorf 2006: 14). Zentrale Motive können Kränkungen, Niederlagen sowie Bedrohungen des Selbstwerts sein (vgl. Gerngroß 2020b: 38). Der Suizid kann ein Versuch sein, den eigenen Selbstwert wieder zu erlangen (vgl. Möller-Leimkühler 2020: 168ff.). Ein Versuch, der gelingen muss, weil es ansonsten ‚peinlich‘ wäre.

Sinn-, Perspektiven- oder Ausweglosigkeit scheinen für Männer relevante Bereiche zu sein, in denen (suizidale) Krisen entstehen, insbesondere das Gefühl, eine Last zu sein, wird beschrieben. Dies wird von Frohnhofen (2008) bestätigt, denn wenn Menschen in ihrem Leben keinen Sinn erkennen, kann dies zu psychischen Erkrankungen und zum Suizid führen. Verbunden damit sind Ziellosigkeit und die Sinnlosigkeit des eigenen Tuns (vgl. Frohnhofen 2008: 253f.). Die Ergebnisse der Forschung verweisen dazu häufig auf eine notwendige zuversichtliche Lebenseinstellung. Dazu wird unter anderem ein religiöser Glaube erwähnt, der als Protektivfaktor und dessen Fehlen als *variabler Nährboden für (suizidale) Krisen* beschrieben wird. Ein religiöser Glaube kann Sinn geben und vor Orientierungslosigkeit bewahren (vgl. ebd.: 259ff.). Suizide werden derzeit von allen Weltreligionen eher abgelehnt. Im Christentum wurde der Suizid vorerst neutral beurteilt, bis dieser im fünften Jahrhundert eine tabuisierte, private Angelegenheit und schließlich als Sünde beurteilt wurde (vgl. Wedler 2017: 12f.). Diese Ansichten zu Suizidalität finden sich ebenfalls in den Forschungsergebnissen.

Risikofaktoren, die zusätzlich genannt werden, sind: frühere Suizidversuche oder Suizide in der Familie, psychische Erkrankungen, chronische Schmerzen und Alkoholabhängigkeit (vgl. World Health Organization 2014: 33). Alkoholabhängigkeit wird im Kontext von Kontrollverlust, zwanghafter Aufrechterhaltung von Kontrolle und innerer Hilflosigkeit beschrieben (vgl. Böhnisch 2019: 195f.). Alkohol bestätigt sich in der vorliegenden Forschung als zentraler Risikofaktor und Warnsignal und wird ebenfalls im Sinne von Ablenkung als Protektivfaktor angegeben. Eine Verbindung kann zur *traditionellen Männlichkeit* hergestellt werden:

„Alkoholgebrauch dient als Coping-Strategie traditioneller Männlichkeit: Verdrängung, Abspalten und Abschotten. Dieser Konsum muss im Kontext der Verunsicherung männlicher Geschlechtsrolle diskutiert werden.“ (Stöver 2006: 31)

In Bezug auf die COVID-19-Pandemie zeigen sich bei den Protektivfaktoren der Männer keine besonderen Auffälligkeiten zu anderen beschriebenen Krisen. Die Stabilität zu erhalten, Kontrolle und Selbstwirksamkeit zu wahren und einen Ausgleich zu den Sorgen und Einschränkungen in der Pandemie zu schaffen, scheinen für die interviewten Männer vorrangig zu sein, z.B. durch Sozialkontakte, Schutzmaßnahmen, Hinausgehen oder andere entsprechende Tätigkeiten. Die Bedeutsamkeit von Sozialkontakten und der Umgang mit

Stress in der COVID-19-Pandemie wurden bereits in mehreren Studien thematisiert (vgl. Blázquez-Fernández/Lanza-León/Cantarero-Prieto 2023: 681-686; Kavvadas et al. 2022: 6-13; Seidler et al. 2023: 11-14; Stallberg 2021: 37-40; Troisi 2023: 1f.).

Nach den Forschungsergebnissen würde das Wissen und die Förderung adäquater (persönlicher) Strategien in Krisen suizidpräventiv wirken und zu einer erfolgreichen Krisenbewältigung beitragen. Crăciun (2023) verweist dazu auf den vermehrten Fokus auf persönliche Strategien im Umgang mit Stress und Schmerz (vgl. Crăciun 2023: 521f.). Zur Einleitung des nächsten Abschnitts wurde ein passendes Zitat von Bröckling (2016) im Zusammenhang mit Resilienz ausgewählt, welches die weiteren Forschungsergebnisse gut abbildet:

„Nicht das Geschlecht als solches schützt mehr oder weniger, sondern die Schutzfaktoren sind selbst geschlechtsspezifisch: Mädchen und Frauen machen andere Erfahrungen und werden mit anderen Erwartungen konfrontiert als Jungen und Männer; deshalb sind sie unterschiedlichen und unterschiedlich starken Risiken ausgesetzt, deshalb können sie aber auch auf unterschiedliche und unterschiedlich starke Ressourcen zurückgreifen.“ (Bröckling 2016: 402f.)

Akzeptierte Dilemmata im Kontext von prägenden Erwartungen hin zur Wahrnehmung als Sieger oder Versager

Die Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass es, neben dem *Nicht-Wahrhaben-Wollen von Krisen*, um das *Nicht-Wahrhaben-Können* geht. Die Gründe dafür zeigen sich in der Schlüsselkategorie *Die Welt der Dilemmata* mit dargestellten Schwierigkeiten und Herausforderungen am Weg zur Annahme von Prävention oder Hilfe. Eine Hilfeannahme würde bedeuten, eine Krise wahrgenommen und akzeptiert zu haben. Dies scheint für Männer gleich bedrohlich zu wirken, wie die Krise selbst mit ihren Warnsignalen und Risikofaktoren. Durch die Auswertung wurde offensichtlich, dass die meisten interviewten Männer verschiedene *Dilemmata* am Weg zur Annahme von Prävention und Hilfe benennen konnten. Trotz einem Bewusstsein für deren Existenz und deren Folgen scheinen sie akzeptiert zu sein und ein Veränderungswille kaum oder nur theoretisch vorhanden zu sein. Wenn Krisen passieren, neigen Männer dazu, sich den *Dilemmata* zu beugen und entsprechend den damit verbundenen Erwartungen von Innen sowie Außen zu agieren. Eine Veränderung erscheint derart unmöglich, dass sie nicht versucht wird. In den nächsten Abschnitten soll auf die ausgewerteten *Dilemmata* und deren Ausgestaltung sowie ursächlichen Bedingungen näher eingegangen werden:

Es zeigt sich, wie intensiv die beschriebenen *Dilemmata* sind und Männer ‚oft gar nicht anders können‘. Entsprechend lerntheoretischen und soziologischen Zugängen (vgl. Mertens 2016: 169) verweisen die Forschungsergebnisse auf eine Prägung hin zum Erfüllen von bestimmten Erwartungen, die einem

Männerbild der Stärke und Unverletzlichkeit entsprechen. Diese Begrifflichkeit wurde entsprechend den Forschungsergebnissen kreiert und beschreibt mit der Stärke und Unverletzlichkeit zwei zentrale Attribute im Rahmen des *Erklärungsmodells der erschwerten Hilfesuche/Hilfeannahme in Krisen*. Mit dem Begriff *Männerbild* soll dementsprechend eine vorwiegend fiktive Vorstellung, verbunden mit möglichen Schwierigkeiten der Übertragung dieser Attribute, ergänzt durch entsprechende innere und äußere Erwartungen, in das eigene Leben beschrieben werden. Der Begriff der *Prägung* wurde in der Auswertung verwendet, um zu verdeutlichen, wie tiefgehend Erwartungen an die eigene Person und andere Personen sind. Die ausgewählten Zitate in der Ergebnisdarstellung veranschaulichen dies als Gegebenheit und Unausweichlichkeit. Die damit verbundenen Erwartungen beruhen auf Einstellungen, Normen, Werten sowie Verhaltensweisen und bilden prägende Narrative in Form von Glaubenssätzen und gesellschaftlichen Regeln für Männlichkeit. Nach Böhnisch (2017) prägen sich diese Erwartungen auf der subjektiven Ebene ein und führen zu einer gelernten Hilfslosigkeit (vgl. Böhnisch 2017: 108f.). Nach der Auswertung bestehen hohe Erwartungen an Männer. Betont wird, dass Frauen starke Männer bevorzugen, doch dies führt zu einem Dilemma: Wie sollen Jungen erzogen werden? Eine weitere Frage wird dadurch aufgeworfen: Ist die Welt wirklich bereit für Männer, die Gefühle zeigen, leiden und weinen? Männer, die ansprechen, dass sie nicht mehr weiterwissen, dass sie es so nicht mehr aushalten? Die Ergebnisse dieser Forschung bilden eine Vulnerabilität von Männern ab, die nicht gezeigt werden will bzw. nicht gezeigt werden darf. Abgebildet wurden Männer, die den allgemeinen Erwartungen rund um die Attribute Stärke, Unverletzlichkeit, Leistung zu entsprechen versuchen. Krisen stellen dabei unwillkommene Lebensereignisse dar, die den Mann doppelt herausfordern: Die Krise muss auf die eine oder andere Art gemeistert und die eigene Männlichkeit verteidigt sowie bewahrt werden. Hinweisen möchte ich darauf, dass die Attribute rund um *Stärke* durchaus positiv sind und als erstrebenswertes Ziel gelten und bewertet werden (können). Vielmehr geht es um deren Ausgestaltung und jeweiligen Bedingungen, z.B. den zeitlichen Rahmen, die inhaltliche Ausgestaltung, mögliche Alternativen, Akzeptanz von Anderssein, Konsequenzen für eine Abweichung und den Kontext für ein notwendiges Vorhandensein vs. hinderliche Faktoren. Ein Beispiel dafür wäre ein Stadion mit einem Fußballmatch von Männern. Dies erscheint wie eine Parallelwelt: Gefühle sind erlaubt, weinen und wütend sein genauso wie freudiges Umarmen, die Stärken UND Schwächen der einzelnen Spieler sind bekannt, es wird zusammengearbeitet – d.h. die Männer können das! Es geht eher darum, in welchem Kontext dies erlaubt und erwünscht ist.

Immer wieder wird die Hoffnung und/oder die Freude in der vorliegenden Forschung und der Literatur darüber geäußert, dass sich das Männerbild verändert hat. Nach Pech (2006) werden Fürsorglichkeit, Schwäche und Verantwortung zunehmend in das hegemoniale Männlichkeitsbild aufgenommen

(vgl. Pech 2006: 43f.). Das hegemoniale Muster, demnach Sorgearbeit für Kinder durch Frauen ausgeführt wird, verändert sich z.B. durch Väter, die sich mehr in das Familienleben einbringen (vgl. Connell 2013a: 117). Trotzdem passiert nur langsam eine Veränderung und traditionelle Männlichkeit besteht weiterhin aus Leistung, Macht sowie anderen Eigenschaften, die dem ‚starken Geschlecht‘ zugeordnet werden (vgl. Altgeld 2006: 81). Die Forschungsergebnisse verdeutlichen, dass eine Veränderung zumindest in den beforschten Regionen kaum der Fall ist und bei jüngeren Männern kaum Veränderungen weg von einem *Männerbild der Stärke und Unverletzlichkeit* bestehen. Eine repräsentative Umfrage bestätigt diese Ergebnisse. Demnach leben viele junge Männer nach einer *traditionellen Männlichkeit*, sie bitten nicht um Hilfe bei Problemen und möchten keine Gefühle zeigen, weil sie dies mit Schwäche verbinden (vgl. Plan International Deutschland e.V. 2023: 5f.) Landweer (2019) erklärt die langsame Veränderung patriarchaler Geschlechterverhältnisse mit der Einbettung von Geschlechterarrangements in Gefühlen und deren schwierige Veränderung (vgl. Landweer 2019: 1084). Vor allem in Krisen wird von Männern aller Befragungsgruppen ein Rückfall in so genannte traditionelle männliche Bewältigungsstrategien beschrieben. Böhnisch (2003) betont die geschlechtssomatische Reaktion in kritischen Lebenssituationen (vgl. Böhnisch 2003: 17) und die „[...] Resistenz maskuliner Sozial- und Verhaltensmuster.“ (Böhnisch 2018: 32) Die bereits beschriebene soziale Prägung wäre zwar veränderbar, kommt jedoch bei kritischen Lebensereignissen vermehrt vor (vgl. Böhnisch 2017: 41). Sogar bei Personen, die sich ansonsten nicht mehr in hierarchischen Geschlechterverhältnissen befinden (vgl. Böhnisch 2013: 21). Dementsprechend ist eine Veränderung eines *Männerbildes der Stärke und Unverletzlichkeit* nicht leicht und es braucht für eine Veränderung mehr als nur Zeit und Geduld. Die Gesellschaft erscheint dabei passiv und ausgeliefert. Die Akzeptanz dieser beschriebenen einschränkenden Männlichkeit führt eher zu einer Blockade von Veränderungen. Dies erklärt die kaum vorhandenen Veränderungen bei interviewten Männern im frühen Erwachsenenalter. Nach Böhnisch (2013) werden diesbezüglich geschlechterspezifische Magnetfelder beschrieben, die Männer beeinflussen (vgl. Böhnisch 2013: 12). Die entstandene soziale Prägung hat Auswirkungen auf die Suche nach Handlungsfähigkeit und kann mit dem zugeordneten Geschlecht und der Herkunft in Verbindung gebracht werden (vgl. ebd.: 91) sowie dem Lernen am Modell, dem Habitus und Erkenntnissen aus der Bindungstheorie (vgl. Böhnisch 2015: 44). Beschrieben werden die Widersprüche und Ambivalenzen als Dilemmata, die Männern begegnen (vgl. Böhnisch 2018: 27):

„Wir leben eben in einer Zeit, in der Männlichkeit zurückgewiesen und doch wieder neu aufgefördert wird. Eine Zeit, in der die Genderforschung Männlichkeit radikal dekonstruiert hat und gleichzeitig eine Männerwirklichkeit weiter existiert, die trotz Erosionstendenzen eine strukturelle Resistenz aufweist.“ (ebd.: 43)

Die Forschungsergebnisse verweisen auf die Bedeutung von Erwartungen von außen. Beschrieben werden von Böhnisch (2015) die ambivalenten Erwartungen an Jungen: Sie sollen ‚richtige‘ Jungen sein, mit Selbstständigkeit sowie Durchsetzungskraft, aber auch Gefühle zeigen (vgl. Böhnisch 2015: 45-76). Die Erwartungen von Frauen an Männer scheinen vielseitig zu sein, diese sollen gefühlvoll sein (vgl. ebd.: 12f.) und doch: „Und die meisten Frauen wollen ja doch auch wieder Männer, an denen man sich nicht nur festhalten, zu denen man auch wieder aufschauen kann.“ (ebd.: 188) In Hinblick auf eine geschlechterneutrale Sichtweise sollte diese Darstellung als Ambivalenz oder Widersprüchlichkeit kritisch betrachtet werden. Elsen (2023) verweist auf die evolutionsbiologische Sichtweise. Diesbezüglich wählen Frauen einen Partner, der stark und gesund ist, um das Überleben des Nachwuchses zu garantieren (vgl. Elsen 2023: 141). Der ‚modularisierte Mann‘ versucht sich anzupassen, aber dennoch in der männlichen Identität weiter verankert zu bleiben (vgl. Böhnisch 2018: 25). Die Forschungsergebnisse entsprechen einer Anpassung an ein *Männerbild der Stärke und Unverletzlichkeit*. Dies und eine Abgrenzung von Frauen lassen sich mit den Ausführungen von Böhnisch (2020a; 2013), zur Entstehung von Männlichkeit durch Idealisierung von Männlichkeit, kombiniert mit Stärke, verbinden (vgl. Böhnisch 2020a: 51; 2013: 36). Zusätzlich passiert eine Abwertung von Weiblichkeit und die Verbindung von Weiblichkeit mit Schwächen und Gefühlen. Dies erfolgt bei Jungen bereits in der frühkindlichen Phase in Form der Ablösung von der Mutter (vgl. Böhnisch 2013: 36). Allgemein scheint Männlichkeit in Abgrenzung vom weiblichen Geschlecht oder anderen Männern zu entstehen (vgl. Pangritz 2021: 119). Die empirischen Daten deuten dazu auf die Wichtigkeit von Zugehörigkeit zur Gruppe der Männer, neben der geforderten Stärke, hin. Dies erzeugt Herausforderungen für die Identitätsentwicklung junger Männer. Connell (2013b) beschreibt Aushandlungsprozesse, in denen Geschlechterkompetenz erlangt und das Leben in bestehenden (hegemonialen) Geschlechterverhältnissen gelernt wird. Durch Nachmachen und Ausprobieren werden zunehmend erfolgreiche Strategien der Geschlechter erkannt (vgl. Connell 2013b: 140f.). Bestimmte Verhaltensweisen scheinen, im Sinne der vorliegenden Forschung, für Männer akzeptierter zu sein als andere. Verwiesen werden soll diesbezüglich auf das instrumentelle Lernen und das Lernen am Modell (vgl. Jantz/Brandes 2006: 67f.). Denn eine große Rolle scheint die Kategorie *Vom erlernten Sein zur erfüllten Erwartung*, inklusive des Erlernens im Rahmen der männlichen Sozialisation, zu haben (siehe ab Seite 37). Böhnisch (2019) beschreibt den notwendigen erlernten Umgang mit Krisen, das Erkennen und Sprechen über Probleme, um wieder Handlungsfähigkeit zu erlangen (vgl. Böhnisch 2019: 41ff.). Dafür scheint die Erziehung maßgeblich zu sein. Diese gilt als gezielte Einflussnahme, die dem Einbinden in gesellschaftliche Strukturen, entsprechend als angemessen bewerteten Vorgaben, dient (vgl. Grundmann 2017: 68).

Jungen werden dazu erzogen Schwäche, Beschwerden und Hilflosigkeit nicht wahrzunehmen:

„Obwohl Hilfe gebraucht wird und auch erhältlich wäre, läßt das maskuline Klischee die Suche nach Hilfe nicht zu. Aus männlicher Sicht wäre sie verbunden mit dem Verlust von Status, Kontrolle, Autonomie und wird gleichgesetzt mit Inkompetenz, Abhängigkeit und Schädigung der eigenen Identität.“ (Schulte-Wefers/Wolfersdorf 2006: 16):

Hilflosigkeit wird entsprechend als „[...] psychosoziales Defizit [...]“ (Böhnisch 2019: 33) gesehen:

„Da in unserer Gesellschaft Hilflosigkeit nicht als positives soziales und kulturelles Gut anerkannt ist, vielmehr als Schwäche gilt, gleichsam als soziale Impotenz, ist sie in der männlichen Gesellschaft ein Tabu. Es gibt keine Räume, in denen Männer ihre Hilflosigkeit ausdrücken können.“ (Böhnisch 2018: 109)

Männer spalten aus diesen Gründen ihre Gefühlswelt ab: Ängste, Unsicherheiten, Scham und Sorgen sind nicht erwünscht (vgl. Heesen 2022: 190). Böhnisch (2020b; 2018) beschreibt die Externalisierung und ergänzt die Projektion von Hilflosigkeit auf schwächere Personen (vgl. Böhnisch 2020b: 502; 2018: 62). Die Externalisierung erschwert, kritische Lebensereignisse zu bewältigen (vgl. Böhnisch 2018: 104f.). Die Kontrolle zu behalten und immer zu funktionieren ist für Männer besonders wichtig (vgl. Böhnisch 2013: 35). Gefühle zuzulassen würde bedeuten, diese Kontrolle zu verlieren (vgl. Böhnisch 2015: 29f.). Eine aktuelle Studie aus Russland zum Bewältigungsverhalten wirkt bestätigend zu den vorliegenden Forschungsergebnissen. Die Studie zeigt bei Männern Strategien der Kontrolle, Vermeidung sowie Distanzierung und verweist auf die Abhängigkeit dessen vom gelebten Männerbild (vgl. Ovsyanik/Nesterova/Sidyacheva 2022: 770ff.). Die Folgen von verspürter Hilflosigkeit kann Gewalt gegen andere sein (vgl. Böhnisch 2018: 158). Nach den empirischen Daten kann Suizidalität dabei miteinbezogen werden, denn ein Suizid könnte als Externalisierung betrachtet werden (vgl. Möller-Leimkühler 2020: 46). Außerdem wird einem Suizid eine „[...] stabilisierende Funktion [...]“ (Stein 2019: 81) zugesprochen.

Durch eine entsprechende Erziehung, Sozialisation und Erfahrungen verfügen Männer manchmal nicht über adäquate Problemlösekompetenzen, um Krisen zu bewältigen. Zusätzlich zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Forschung Suizide als anerkannte Problemlösestrategie in den beforschten Regionen. Dies könnte unter anderem die hohe Suizidrate von Männern erklären. Suizide werden von den interviewten Männern als gesellschaftlich anerkannt beschrieben, gelten als *Heldentat* und es wird eine *Legendenbildung* ausgesprochen. Auch in der Literatur wird die Wahrnehmung von Suizidalität als Problemlösestrategie benannt, z.B. aufgrund von Suizident*innen im näheren Umfeld (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorfer 2022: 87). Auch bei Pöldinger (1968) findet sich dies bereits als Risikofaktor im Stadium der Einengung (vgl. Pöldinger 1968: 20). Weitere Begründungen könnten die individuelle

Lerngeschichte, fehlende andere Problemlösestrategien im Umgang mit Gefühlen, Frustrationen sowie mangelnde Lösungskompetenzen sein (vgl. Schaller et al. 2014: 50f.). Es bräuchte eine Selbsterkenntnis für fehlende Kompetenzen, um im Sinne der modernen Lerntheorie erfolgreiches Lernen zu ermöglichen. Selbstreflexion und Erkennen der mangelnden eigenen Fähigkeiten wären die Voraussetzung für eine Veränderung (vgl. Lutschewitz 2020: 40). Entsprechend dem Forschungsergebnis nach einer altersabhängigen Bewertung von erfolgten Suiziden zeigt sich auch in der Literatur, dass Suizide im Alter vermehrt akzeptiert werden (vgl. Wedler 2017: 20f.). Ältere Männer führen dafür Einsamkeit, Abhängigkeit, eine Belastung für andere zu sein und Schmerzen als mögliche Gründe für Suizide an (vgl. King et al. 2020: 9). Männliche Interviewpartner und Möller-Leimkühler (2020) äußern die Überlegung, dass eine entsprechend hohe Suizidrate bei Frauen zu mehr Entsetzen führen würde. Suizide scheinen bei Männern eher akzeptiert zu werden (vgl. Möller-Leimkühler 2020: 168). Eine vergleichende Studie zu den Einstellungen zum Thema Suizidalität bei Studierenden aus 12 Ländern ergab, dass Österreich zu den Ländern mit der höchsten Akzeptanz für Suizidalität gehört und Männer suizidales Verhalten eher akzeptieren als Frauen. Interessant ist, dass sich befragte Personen aus Ländern mit hoher Akzeptanz für Suizidalität ablehnend gegenüber suizidgefährdeten Menschen äußerten (vgl. Eskin et al. 2016: 557-560).

Notwendige förderliche Kompetenzen und Strategien für eine erfolgreiche Krisenbewältigung werden vielmehr Frauen, durch ein naturgegebenes Können im Umgang mit Problemen oder Krisen sowie einer Stärke im Sinne eines Aushaltens schwieriger Situationen, zugesprochen. Diese Erhöhung von Frauen zeigt, dass bei Männern das Verbleiben in der Krise als Stärke betrachtet zu werden scheint und bei Frauen die Krisenbewältigung.

Fehlendes Funktionieren wird von den interviewten Männern häufig als problematisch beschrieben, z.B. im Bereich der Sexualität. Auch Böhnisch (2019) beschreibt das nicht Funktionieren am Beispiel der Sexualität (vgl. Böhnisch 2019: 40) und verbindet Arbeitslosigkeit mit Wertlosigkeit (vgl. Böhnisch 2013: 231). Stärke und Zugehörigkeit zur Gruppe der Männer wird aberkannt, wenn es nicht gelingt Gefühle, die als Schwächen betrachtet werden, zu unterdrücken (vgl. Böhnisch 2015: 38). Die Männer erreichen entsprechend den Forschungsergebnissen dadurch einen Versagerstatus. Der in den Interviews bezeichnete *Nimbus des Versagers* entsteht, wenn die eigene Stärke nicht mehr aufrechterhalten werden kann:

„Denn ein »richtiger« Mann hat nach dem traditionellen Männerbild stark und unverwundbar zu sein; er darf sich nicht gehenlassen. Krankheit wird also oft als persönliches Versagen gewertet. Außerdem ist *Mann* unabhängig und braucht keinen Arzt; das verhindert unter anderem, dass Männer rechtzeitig zum Arzt gehen. Und wenn sie dies tun, stellen sie weniger Fragen als Frauen, werden aber auch vom Arzt weniger befragt. Männer erkranken meistens schwerer, und ihre Krankenhausaufenthalte dauern in der Regel länger als bei Frauen.“ (Waidhofer 2015: 77)

Versagen bedeutet, nach den Auswertungsergebnissen, Erwartungen nicht erfüllt zu haben. Alles, was dem geforderten Perfektionismus, dem Funktionieren und der Stärke nicht entspricht, wird als Schwäche ausgelegt. Dementsprechend wird Hilfesuche als Schwäche wahrgenommen und in weiterer Folge vermieden. Zusätzlich werden Hilfesuche und Hilfeannahme als weibliche Eigenschaft betrachtet. Nach Wolfersdorf (2012) kommt eine Externalisierung von Versagen bei Männern als Symptom von depressiven Erkrankungen vor (vgl. Wolfersdorf 2012: 286) und bereits Ringel (1980) beschreibt die Bewertung als Versager als ausschlaggebend für das Verheimlichen von eigenen Problemen und fehlender Hilfeannahme (vgl. Ringel 1980: 72). Nach den empirischen Daten können Suizide die Antwort auf als entsprechend bewertetes *Versagen* sein und vielleicht von außen erwartet werden. Ausgehend von diesem Ansatz erklärt sich die Sorge von Männern vor Problemzuschreibungen von außen. Daraus folgt die Vermeidung von Hilfeannahme sowie die Teilnahme an Präventionsangeboten. Ein zentrales Ergebnis dazu ist, dass Prävention bereits als Hilfeannahme wahrgenommen wird und dementsprechend ebenfalls erschwert wird. Nach Reichel (2018) würden Suizidversuche als weiteres Versagen gewertet werden, was unter anderem die hohe Suizidrate bei Männern erklären könnte (vgl. Reichel 2018: 177). Männer drücken häufig in Therapien Scham für das Überleben des Suizidversuchs aus (vgl. Gerisch 2012: 83). Dies entspricht den Forschungsergebnissen, durch die eine unterschiedliche Wertigkeit von Suizidversuchen und Suiziden abgebildet wird: Nur ein tödlicher Suizid ist ernstgemeint. Entsprechend dieser Bewertungen besteht die Annahme, dass Männer noch mehr als Frauen dazu neigen könnten, Suizidversuche zu verheimlichen und zu vermeiden.

Mannsein wurde/wird verstärkt mit Menschsein gleichgesetzt. Diese Einstellung könnte Erklärungen enthalten, warum das beschriebene *Versagen* für Männer derartig katastrophal erscheint: Mit dem Mannsein wird auch das Menschsein verloren, diesbezüglich besteht möglicherweise die Sorge, sich selbst vollkommen zu verlieren. Die eigene Wertigkeit und Wertschätzung von außen scheinen für Männer sehr relevante Aspekte für einen Sinn im Leben zu sein. Dementsprechend entsteht die Fragestellung, wie Männer abgesehen von einem *Männerbild der Stärke und Unverletzlichkeit* Wertschätzung und Anerkennung erfahren können. Die beiden Gegenpole *Sieger-Versager* im Sinne von *Stärke-Schwäche* müssen differenziert werden, es braucht ein *Dazwischen* oder erweiterte Inhalte. Hinsichtlich der an dieser Stelle diskutierten Prägung werden für eine Erweiterung massive gesellschaftliche Veränderungen und weitere Forschung benötigt. Denn ansonsten bleibt es bei der beschriebenen Ratlosigkeit gegenüber der behandelten Thematik. Sie bedingt sich als Konsequenz aus den beschriebenen *Dilemmata* und führt zu Handlungslosigkeit, Wegsehen und einer Akzeptanz der hohen Kosten eines *Männerbildes der Stärke und Unverletzlichkeit*. Wann ist die Bereitschaft da für eine wahre Veränderung, eine Emanzipation der Männer?

Erkennen von Anzeichen für die Verschlimmerung einer Krise und Fähigkeiten für die Hilfeannahme

Der letzte Teil des *Erklärungsmodells der erschwerten Hilfesuche/Hilfeannahme von Männern in Krisen* gibt Hinweise darauf, was notwendig ist, um trotz der dargestellten Schwierigkeiten und *Dilemmata* Hilfe anzunehmen. Der erste Schritt dafür ist die Wahrnehmung und entsprechende Bewertung als Krise. Für Männer muss eine Krise akut sein, damit Hilfeannahme überhaupt in Betracht gezogen wird. Nach der Auswertung anhand ursächlicher Bedingungen scheint der Faktor Zeit für die Krisenbewertung entscheidend zu sein, d.h. eine Krise muss länger andauern und es darf keine Besserung ersichtlich sein. Zusätzliche Kriterien sind, dass Männer durch die Krise zunehmend eingeschränkt werden, ihre Leistungsfähigkeit sinkt und/oder Schlafstörungen, Suizidgedanken und mehr Alkoholkonsum auftreten. Diese Kriterien konnten aber eher nur Interviewpersonen benennen, die bereits Erfahrungen mit der Annahme von Hilfe gemacht haben. Die Schwierigkeit, eigene Warnsignale für eine Verschlimmerung der Krise zu erkennen, scheint ein Mitgrund für die nicht vorhandene oder verspätete Hilfesuche zu sein. Auch in der Literatur finden sich dazu Angaben für die Schwierigkeit Warnsignale, wahrzunehmen (vgl. Reichel 2018: 207). In Bezug auf Hilfe im Alter wird die Schwierigkeit des Erkennens depressiver-suizidaler Symptome betont. Die Personen zeigen etwa körperliche Probleme, sind unruhig, gereizt oder wollen nichts mehr essen. Vor allem ältere Männer sprechen über die Auslöser für suizidales Verhalten kaum und versuchen diese eher zu kompensieren (vgl. Wächtler/Erlemeier/Teising 2008: 133ff.).

Ein zentrales Ergebnis der Forschung ist, dass es für Männer eine Identifizierung persönlicher Warnsignale braucht. Diese sind sehr individuell und müssen konkret im Rahmen einer Selbstreflexion erarbeitet werden, um im Bedarfsfall erkannt zu werden. Anhand der Forschungsergebnisse bewegen sich die Warnsignale für Männer in vier Bereichen: ein kränkendes oder überforderndes Ereignis, eine Veränderung der Person, Hoffnungslosigkeit, konkrete Suizidgedanken und Suizidäußerungen. Bereits Ringel (1980; 1986) verwies darauf, dass ca. 80% der Suizident*innen ihre suizidale Handlung indirekt oder direkt im Vorfeld ankündigten, weil zwischen Selbsterhaltungstrieb und Selbsterstörung gependelt wird (vgl. Ringel 1980: 63f.; 1986: 78). Sorgen bezüglich Suizidalität sollten damit immer klar angesprochen werden (vgl. Wedler/Wolfersdorf/Welz 1992: 178). In der Literatur werden Kränkungen in den Bereichen Beziehung und Arbeit häufig als mögliche Ursachen für Suizidalität genannt (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorfer 2022: 70). Die Forschungsergebnisse zeigen dazu Trennungen, Arbeitslosigkeit, Führerscheinentzug oder eine alarmierende Krankheitsdiagnose. Erlemeier (2002) stellt eine Verbindung zur Narzissmusstheorie her und verweist darauf, dass Kränkungen mit der Gefährdung des Selbstwerts einhergehen können. Damit könnten Suizide im höheren

Alter von Männern mit Abhängigkeiten und Statusverlust erklärt werden, die narzisstische Krisen auslösen können (vgl. Erlemeier 2002: 87f.). Verhaltensänderungen werden immer wieder als Warnsignale beschrieben (vgl. Reichel 2018: 208). Ein zentrales Kriterium, welches die interviewten Männer häufig nannten, waren Schlafstörungen. Hoffnungslosigkeit und Ausweglosigkeit sind zentrale beeinflussende Bereiche für die Ausgestaltung und den Verlauf einer Krise. Die eigene Hilfsbedürftigkeit, trotz Scham-, Schuldgefühle und Stigmatisierung in der Gesellschaft, anzuerkennen, ist oft schwierig für suizidale Menschen (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorfer 2022: 112). Waidhofer (2015) formuliert dazu:

„Wenn ich als Mann bereit bin, Probleme zu lösen statt aufzuschieben, Beziehungen aktiv zu gestalten, mich auf Neues einzulassen, um Hilfe zu bitten, vergeben zu können, kann ich innere Stärke entwickeln, mit Stress besser umgehen und eine Widerstandsfähigkeit (»hardliness«) gegenüber Stress aufbauen.“ (Waidhofer 2015: 76)

Die empirischen Daten zeigen, wie wichtig das Verbalisieren des Hilfebedarfs wäre. Auch Böhnisch (2019) beschreibt die notwendige Thematisierung der eigenen Hilflosigkeit. Besteht diese erlernte Fähigkeit nicht, kommt es zu deren Abspaltung und Kompensation (vgl. Böhnisch 2019: 21f.). Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass das *Nicht-Wahrhaben-Wollen von Krisen* sowie Suizide und Suizidversuche Formen dieser Abspaltung sein könnten. Für eine Hilfesuche muss Abhängigkeit von anderen ausgehalten und Selbstbewusstsein sowie Selbstvertrauen vorhanden sein.

Häufig wird in den geführten Interviews darauf hingewiesen, dass jüngere Männer diese Fähigkeiten zur Hilfeannahme eher besitzen als Männer im mittleren oder höheren Erwachsenenalter. Diese Äußerungen enthalten Hoffnung und scheinen manchmal eine Rechtfertigung für das Fehlen eigener Problemlösekompetenzen zu beinhalten. Wie bereits dargestellt, neigen auch jüngere Männer zum Rückfall zu traditionellen Bewältigungsstrategien in Krisen und sind ebenso in Bezug auf Normen, Werte und Erwartungen im Rahmen eines *Männerbildes der Stärke und Unverletzlichkeit* geprägt. Entsprechend dem Volitionsmodell geht es darum, Widerstände gegen die Hilfesuche zu durchbrechen (vgl. Rheinberg/Vollmeyer 2019: 213f.). Beachtet werden müssen die spezifische Situation, der Leidensdruck, eine mögliche Einengung oder fehlende Problemlösekompetenzen. Beforscht werden sollte vermehrt, wie die in diesem *Erklärungsmodell* dargestellten Hintergründe für die erschwerte bzw. nicht vorhandene Hilfesuche/Hilfeannahme in Krisen für Männer überwunden werden können.

Das Konzept der Lebensbewältigung (vgl. Böhnisch 2015: 22) lässt sich gut mit den Forschungsergebnissen verbinden. Diese verweisen darauf, dass Selbstwert, Anerkennung und Selbstwirksamkeit in Krisen bei Männern massiv bedroht sind. Für Böhnisch (2020; 2018) sind Selbstwert und Anerkennung besonders relevant, um handlungsfähig zu sein (vgl. Böhnisch 2020: 504f.; 2018: 104f.). Die Schwierigkeiten einer erfolgreichen Krisenbewältigung,

durch das *Nicht-Wahrhaben-Wollen von Krisen* über die *Dilemmata*, mit denen Männer bei der Suche/Annahme von Prävention und Hilfe konfrontiert sind, bis hin zur mangelnden *Fähigkeit zur Suche/Annahme von Unterstützung*, lassen sich damit gut erklären. Böhnisch (2019) verbindet das Streben nach Handlungsfähigkeit auch mit selbstdestruktivem Handeln als Bewältigungshandeln (vgl. Böhnisch 2019: 20f.). Suizidalität zeigt sich, in der vorliegenden Forschung, als Streben nach Selbstwirksamkeit, auf der Suche nach Selbstwert und Anerkennung und wird gefördert durch einen Mangel an konstruktiven Problemlösekompetenzen, die beeinflusst sind durch gesellschaftliche Bedingungen mit erlernter Hilfslosigkeit.

10 Stufenmodell der (nicht) erfolgreichen Krisenbewältigung mit/ohne Hilfeannahme

Das *Stufenmodell* ist eine Weiterführung des *Erklärungsmodells zur erschwerten Hilfesuche/Hilfeannahme von Männern in Krisen* und stellt einen detaillierten Blick auf die (nicht) erfolgreiche Krisenbewältigung von Männern dar. Das *Stufenmodell der Krisenbewältigung* wird nun in weiterer Folge abgebildet und kurz beschrieben. Anschließend wird auf zwei Kategorien zur *Gestaltung der Hilfestellung/Hilfesuche und/oder Hilfeannahme* und *Do it yourself* näher eingegangen. Die anderen Kategorien wurden bereits im Rahmen des *Erklärungsmodells* beschrieben. Das *Stufenmodell der Krisenbewältigung* in Abb. 37 umfasst sechs Stufen, die mögliche Verläufe von Krisen hin zu einer (nicht) erfolgreichen Krisenbewältigung darstellen sollen. Die Stufen im linken hellgrauen Bereich stellen zusammengefasst das *Erklärungsmodell der erschwerten Hilfesuche/Hilfeannahme von Männern in Krisen* dar.

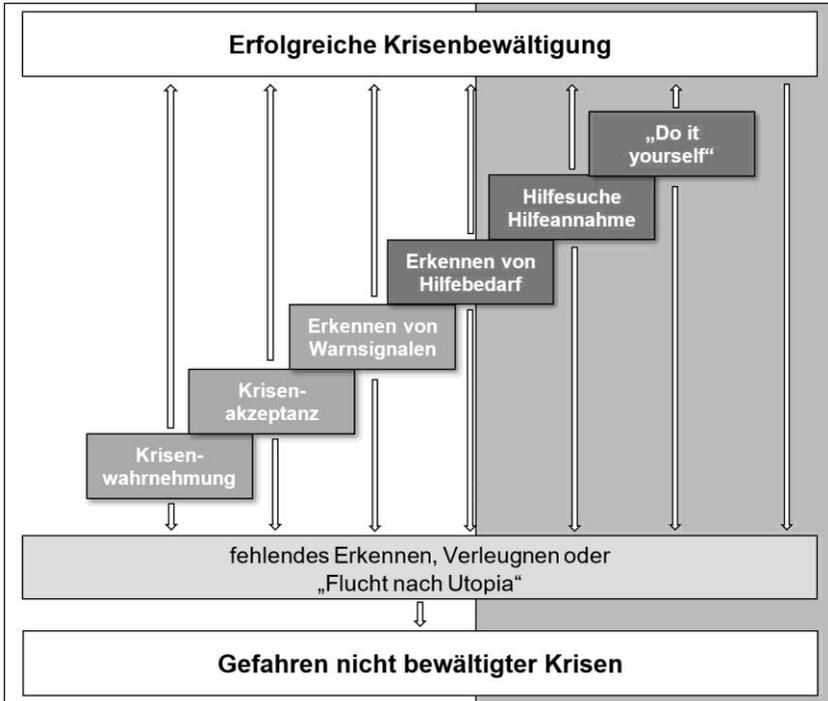
Ersichtlich wird durch diese Darstellung, dass bei allen beschriebenen Stufen eine erfolgreiche Krisenbewältigung möglich ist. Allerdings ist, wie abgebildet durch die absteigenden Pfeile von den jeweiligen Stufen, ein fehlendes Erkennen oder Verleugnen der Krise und/oder der Warnsignale hin zu einer Verschlimmerung der Krise möglich. Auch Unterstützung kann sich als nicht adäquat erweisen. Damit vollzieht sich statt dem *Hinausgehen aus Utopia* eine *Flucht nach Utopia*. Die Erklärungen zum fehlenden Erkennen, Verleugnen sowie der so bezeichneten *Flucht nach Utopia* wurden in der Schlüsselkategorie *Welt der Dilemmata* aufgezeigt. Die Folgen davon können Gefahren von Krisen, beispielsweise Suizidalität, sein.

Im linken (hellgrau eingefärbten) Bereich zeigt sich die mögliche Bearbeitung von Krisen ohne Hilfesuche und Hilfeannahme. Werden die ersten drei Stufen (*Krisenwahrnehmung*, *Krisenakzeptanz*, *Erkennen von Warnsignalen*) näher betrachtet, bedeutet die erste Stufe der *Krisenwahrnehmung* das erste Erkennen eines krisenhaften Zustandes und bezieht sich auf Kategorien und Codes der Schlüsselkategorie *Leben in Utopia*. Die nachfolgende Stufe geht mit der *Krisenakzeptanz* einen Schritt weiter hin zu einem Anerkennen der Krise. Die dritte Stufe *Erkennen von Warnsignalen* deutet auf eine Verschlimmerung der Krise hin. Es werden zunehmend Schwierigkeiten bei der Krisenbewältigung erkannt. Diese beiden Stufen beinhalten die Codes und Kategorien der Schlüsselkategorie *Wege zur Erkenntnis des eigenen Hilfebedarfs*.

Wird nun der weitere Verlauf des Stufenmodells hin in den rechten (dunkel eingefärbten) Bereich verfolgt, wird als vierte Stufe das *Erkennen eines Hilfebedarfs* angegeben. Als Folge des Erkennens von Warnsignalen wird möglicherweise erkannt, dass die Krise nicht allein bewältigt werden kann. Ebenfalls kann es zu einem fehlenden Erkennen des Hilfebedarfs und zu den Gefahren von Krisen kommen. Wird der Hilfebedarf wahrgenommen, führt es,

wie abgebildet, möglicherweise mit der nachfolgenden Stufe zu einer *Hilfesuche* bzw. *Hilfeannahme* und mit der sechsten Stufe *Do it yourself* zu einer erfolgreichen Krisenbewältigung. Außer es kommt zu keiner adäquaten Unterstützung, dann sind auch über diesen Weg Gefahren von Krisen möglich.

Abb. 37: Das Stufenmodell der (nicht) erfolgreichen Krisenbewältigung mit/ohne Hilfeannahme (eig. Darst.)



Anzumerken ist, dass es sich beim *Stufenmodell* nicht um einen linearen Verlauf handelt, es können Stufen übersprungen oder Rückschritte gemacht werden. Beispielsweise kann bereits bei der ersten Stufe *Krisenwahrnehmung* Hilfe gesucht und auf diese Weise eine erfolgreiche Krisenbewältigung erreicht oder die Krise ohne Hilfeannahme bewältigt werden. Das *Stufenmodell der Krisenbewältigung* bildet lediglich Möglichkeiten im Krisenverlauf ab, die durch die Interviews ersichtlich wurden. Nach einer erfolgreichen Krisenbewältigung ist ebenfalls ein fehlendes Erkennen, Verleugnen oder eine *Flucht nach Utopia* bei weiteren Krisen möglich. Dies wurde bei der Beschreibung

des Vermeidungsverhaltens in Bezug auf vergangene Krisen ab Seite 76 *Das Nicht-Wahrhaben-Wollen von Krisen* bereits dargestellt.

In den nächsten Unterkapiteln werden Kategorien und Kodes zur Gestaltung der Hilfgabe dargestellt, die als Erklärung für die fünfte Stufe *Hilfesuche* bzw. *Hilfeannahme* und sechste Stufe *Do it yourself* dienen:

10.1 Hilfesuche/Hilfeannahme und das vertrauenswürdige Gegenüber

Dieses Unterkapitel erklärt, wie die *Hilfesuche und/oder Hilfgabe* im *Stufenmodell der Krisenbewältigung* aussehen könnte. Es wird betont, dass Männer in Krisen jemanden zum Reden brauchen und gegenseitig für sich da sind (A16, B4-7, B12, C3, C9, FP23). Durch das Reden „[...] fließt einfach auch (1) das Problem (1) hinaus und wird leichter.“ (B5: 39ff.):

„Ich, ich glaube, dass äh, das hängt von dem Glauben der Männer ab. Äh manche glauben an Kommunikation. Meine Mutter hat mir immer gesagt, dass äh, dass äh das Gespräch der Stuhlgang der Seele ist. Also man muss, man muss sprechen und sich austauschen und dadurch äh, äh wird tatsächlich die Seele erleichtert, der fällt ein Druck ab, äh von dem sich, in sich Hineinfressens bei Problemen, [...].“ (B10: 314-318)

Besonders betont wird von Interviewpersonen aller Befragungsgruppen, dass für Männer die Hilfgabe durch ein vertrauenswürdige Gegenüber passieren und eine bestimmte Verbundenheit zu diesem Menschen verspürt werden muss (A22, B1, B4, B5, C2, C9, FP14, FP23):

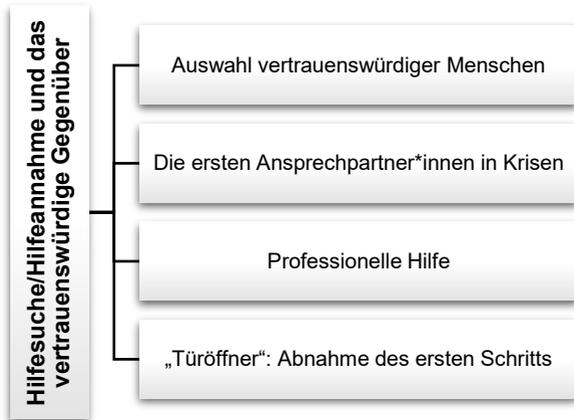
„[...] was bei mir ist, dass ich über gewisse Sachen gar nicht mit wen anderen reden will. Also wenn ich jetzt das Beispiel hernehme, wo damals xy verstorben ist, da hat sich jeder in unserer Familie, die haben alle eine psychologische Betreuung gehabt und ich wollte das aber nicht, weil ich nicht mit einem, Hausnummer wildfremden Menschen, mit dem ich nie was zu tun gehabt hab, über das Thema reden wollte. Weil erstens was geht das den an, (1) zweitens habe ich mit dem nicht so eine Verbundenheit und ich verlasse mich dann auch recht schwer auf solche Leute, dass ich das denen erzähle [...].“ (A22: 47-55)

Eine Fachperson führt das Vertrauensverhältnis näher damit aus, dass es Personen sind, auf die man sich verlassen kann, sich nicht schämen muss und selbst nicht beurteilt wird:

„Wenn da jemand ist, den sie vertrauen und wo sie wissen, ok der oder diejenige meint es gut mit mir und ahm da kann ich mich darauf verlassen, dass mir das auch hilft, was der oder die mir sagt, gö. Also es wird auf alle Fälle eine Vertrauensperson brauchen, jemanden wo sie sich nicht schämen müssen, wo sie das Gefühl haben sie werden nicht beurteilt oder verurteilt oder, oder belächelt, jemanden der sie ernstnimmt und die Sorge ernstnimmt und sie nicht irgendwie stigmatisiert oder, oder belächelt, oder das ab tut ihr Problem, gö (2).“ (FP14: 245-252)

Die folgende Abb. 38 dient der Übersicht der dargestellten Unterkategorien rund um Hilfesuche und Hilfeannahme. Diese betreffen die Auswahl von helfenden Personen, die Gestaltung von professioneller Hilfe sowie die Abnahme des ersten Schritts als Möglichkeit, Männern die Hilfesuche zu erleichtern:

Abb. 38: Kategorie „Hilfesuche/Hilfeannahme und das vertrauenswürdige Gegenüber“ (eig. Darst.)



10.1.1 Auswahl vertrauenswürdiger Menschen

Die Auswahl vertrauenswürdiger Menschen ist abhängig von der Krise. Möglicherweise kann in familiären Krisen nicht auf die Familie zurückgegriffen werden (A16). Angegeben wird, dass vertrauenswürdige Menschen schwer zu finden sind (B1, C2) und eine erfahrungsbasierte Auswahl von verlässlichen Personen passiert (B1, B4):

„[...] heutzutage ist es ganz schwierig, dass du jemanden triffst, den du richtig vertrauen kannst, vor allem in der Altersklasse wie ich. Man hat schon viel Lebenserfahrung, (1) oder einiges an Lebenserfahrung, wo du genau weißt, aha, der redet es vielleicht weiter, da weiß ich, der sagt kein Wort. Das musst du dir im Leben aufbauen (2) dass du ein paar Freunde hast, oder ein paar Personen hast im Leben, auf die du dich verlassen kannst.“ (B4: 12-18)

Vertrauenspersonen werden nach bestimmten Kriterien ausgewählt, beispielsweise eine gute Erreichbarkeit (B4, B7) oder Gegenseitigkeit (A13, B4, B7). Die interviewten Männer sprechen eine Krisenkompetenz von helfenden Personen an (A13, C2, C3). Bezug wird auf Wissen und Kompetenzen im Umgang mit Krisen, Suizidalität und Hilfsangeboten, beispielsweise durch Ausbildungen, genommen (A13, A22, A24, B1, B4, B7, C3, FP11, FP18, FP19). Im

Gegensatz dazu werden ‚Wichtigtuert‘ abwertend beurteilt (B1). Das folgende Zitat dient als Beispiel für die beschriebene erwartete Krisenkompetenz:

„Und da, (3) da irgendwo, ist ganz schwierig, dass man da (2) irgendwo einfädelt, irgendwo ein Gespräch auf das hinlenkt, ich glaube das, (1) da musst geschult sein, dass du ihm da (1) aus seiner Ding da raushelfen kannst.“ (C3: 313-316)

Formuliert wird für die Auswahl von helfenden Personen ein ‚gutes Gefühl‘ (B1), ‚logisches Denken‘, die Auswahl der ‚richtigen Hilfe‘ (B4) das Erkennen von Warnsignalen und ein ‚gesunder Verstand‘ (B5). Bevorzugt werden Personen, die bereits über Krisenerfahrung verfügen (A22, B1, B4, FP11).

Ein häufig angesprochenes Thema ist, inwiefern Männer andere Männer im Rahmen der Hilfeannahme bevorzugen. In den geführten Interviews finden sich dazu verschiedene Meinungen. Einerseits, dass sich Männer bei anderen Männern leichter öffnen können (A13, A16, C8, FP11, FP14, FP17-19, FP21, FP25). Andererseits, dass es keine geschlechterspezifischen Unterschiede gibt, aber eine freie Auswahl zwischen den Geschlechtern wichtig wäre (A13, B7, C9) Es finden sich auch Hinweise dazu, dass lieber mit Frauen geredet wird (B7). Bezug wird auf Selbsthilfe und Männergruppen genommen:

„Und da haben wir schon festgestellt, dass wenn Männer unter sich sind, Väter unter sich sind, dass man dann die Möglichkeit hat Themen anzusprechen. Ah, in dem Moment, wo da irgendwie eine weibliche Person dabei ist, ah funktioniert das nicht mehr wirklich gut und das hat vor allem damit zu tun, dass die Männer auch, eine andere Rolle einnehmen. Also Workshops mit Männern würde bedeuten immer nur mit Männern alleine, [...]“ (FP25: 120-125)

Zusammengefasst lässt sich feststellen, dass Männer in Krisen jemanden zum Reden brauchen, dem sie vertrauen können und dem sie eine Kompetenz zum Helfen zuschreiben. Manchmal wird der Vorteil genannt, wenn diese Personen männlich sind. Im Laufe der Auswertung zeigten sich Personengruppen, die Männer als vertrauenswürdige Gegenüber beschreiben, diese werden nun näher dargestellt:

*10.1.2 Erste Ansprechpartner*innen in Krisen*

Interviewte Männer schreiben vor allem dem privaten Umfeld eine große Bedeutung in Krisen zu, formulieren es als Sicherheitsnetz und geben an, dass sie zuerst ihr privates Umfeld um Hilfe bitten würden (B6, B7, C9). Familienangehörige werden als erste Ansprechpartner genannt (B1, B6, B7, C2, C3, C8, C9, FP18, FP19):

„[...] im Endeffekt, kommt mir immer vor, das letzte ist immer die Familie, das ist der Rückhalt, der stärkste ist halt doch in der Familie vorhanden. (4) Auf das musst schauen. Das muss man auch pflegen, glaube ich.“ (B4: 18-21)

Die Unterstützung durch Frauen wird hervorgehoben: Mütter, Freundinnen, Ehefrauen und Töchter (A22, B1, B6, B7, B12, C2, C3, FP14, FP15, FP20, FP21):

„[...] in meinem Fall die eigene Frau, dass du wen zum Reden hast. Oder vielleicht auch die eigene Tochter zum Beispiel, könnte auch sein. Ein Familienmitglied (2). Dass man es, wo man viel Vertrauen hat oder ja als, in meinem Fall als xy bleibt es trotzdem, hauptsächlich die Frau, dass man einen Gesprächspartner hat, den man vertraut.“ (B1: 35-39)

Ambivalent werden Freunde in den geführten Interviews besprochen. Sie werden als Vertrauenspersonen in Krisen genannt (A13, A16, A22, A24, B4-7, C9, FP11, FP14). Beispielsweise formuliert eine Interviewperson, dass es vorteilhaft ist, sich bei Freunden andere Meinungen zu einem Thema einzuholen oder Bestätigung zu erfahren. Auf der anderen Seite wird mit Freunden nicht geredet, weil sie nicht alles wissen sollen oder es wird mit Freunden geredet, aber nicht direkt über eigene Krisen (A22):

„[...] bei mir ist echt wichtig das Reden mit Freunden und dass man andere Meinungen hat, weil selber da frisst man oft so rein, da denkt man oft gar nicht mehr, [...], dass man es anders sehen könnte. Das ist echt bei mir schon sehr wichtig. Und bei Freunden direkt reden tu ich nie darüber oder selten, aber ich hol mir halt gleich mal ein bisschen andere Meinungen, [...] und das hilft einen oft schon viel weiter. Weil man das dann gleich oft ganz anders sieht.“ (A22: 399-406)

Dazu kommt, dass Männer oft gar keine Freunde haben (A16, B1, FP19, FP23) und schlechte Erfahrungen mit Freunden in Krisen gemacht haben. Außerdem wird die Sorge angesprochen, ausgelacht zu werden und, dass es sich um schlechte Freunde handeln könnte, die zum Alkohol verleiten, nicht für einen da sind oder schlechte Ratschläge geben (B5, B7, FP19, FP21, FP26).

„Freunde, habe ich in meinem Leben gelernt, ist eine gefährliche Geschichte. Wer ist ein Freund? Weil, wenn es dir schlecht geht, sind sie alle weg, (2) 99 Prozent sind weg, ist meine Erfahrung. Wenn du eine Krise hast.“ (B1: 106ff.)

Gegenüber Kolleg*innen wird meist nicht die Nähe empfunden, um über eigene Probleme reden zu können. Eher wird über Probleme von anderen, z.B. Familienmitgliedern, miteinander gesprochen (A13, B1, B4, C9, FP14, FP15).

Ersichtlich wird, dass in der Auswertung Familienangehörige, insbesondere Frauen, oft als unterstützend genannt werden. Freunde werden ambivalent beschrieben, einerseits als unterstützend, andererseits wird gegenüber Unterstützung von Freunden auch Skepsis ersichtlich. Kolleg*innen werden eher nicht als mögliche Ansprechpartner*innen in Krisen gesehen.

10.1.3 Professionelle Hilfe

Interviewpersonen aller Befragungsgruppen äußerten sich zu einer professionellen Hilfe für Männer. Diese umfasst die Bereiche Psychiatrie, Psychotherapie, Psychologie und Soziale Arbeit. Die Annahme professioneller Hilfe scheint in beruflichen Krisen oder in ‚schweren‘ Krisen, wie den Verlust eines geliebten Menschen, für Männer akzeptierter zu sein. Der tatsächliche Zeitpunkt der Annahme von professioneller Hilfe ist für die interviewten Männer schwer zu beurteilen (A16, A22, B1, B5-7, B12, C3, C8). Erwähnt wird immer wieder professionelle Hilfe von Ärzt*innen aus den Bereichen der Allgemeinmedizin oder Psychiatrie. Aufgrund der Verschreibung von Medikamenten wird diese kritisch beurteilt und als letzte Möglichkeit benannt (B1, B4, B6, B7, FP11, FP15, FP18-20). Evident wird, dass professionelle Hilfsangebote erst als Möglichkeit gesehen werden, wenn private Hilfe nicht mehr ausreicht oder nicht vorhanden ist (A13, A16, B1, B6, B7, C3):

„Also wo gehst hin. PSN¹⁴. Beratungen sind halt auch schon die nächste Stufe, kommt mir vor. Da bekommst dann ja auch schon eine professionelle Hilfe [...].“ (B1:121ff.)

Die Schwierigkeit liegt vor allem in der Erreichbarkeit von Männern mit professionellen Hilfsangeboten (FP21, FP26). Deswegen sollen die professionellen Hilfsangebote für Männer passend gemacht und es muss auf den individuellen Bedarf und die persönlichen Wünsche eingegangen werden (B6, FP14, FP15, FP21). Die interviewten Fachpersonen betonen, dass professionelle Hilfe bei Männern gut wirksam ist und diese unbedingt angenommen werden sollte (FP11, FP17, FP27). Hervorgehoben wird die notwendige Niedrigschwelligkeit von professionellen Hilfsangeboten für Männer (A13, B6, C8). Erwähnt wird, dass es mänderspezifische, leicht und schnell erreichbare, eventuell sogar aufsuchende und kostenlose Hilfsangebote geben sollte und eine gute fachärztliche Versorgung wichtig wäre (A13, B7, FP14, FP18, FP20, FP21). Befürwortet wird ein zeitnaher Beginn der Hilfe (A16, FP14, FP15, FP18, FP21, FP23). Hilfreich wären spezielle Therapieangebote mit dem Fokus auf Suizidalität (FP18, FP21), gut geschultes Personal (FP18) und die Versorgung mit Psychopharmaka (FP18).

„Also Hilfsangebote, die jetzt klassisch nur für Männer sind, fällt mir eigentlich ja nur die Männerberatung ein. [...] Naja sie sollen die Männlichkeit ansprechen, also (2) um, sie sollen auch leicht erreichbar sein und nicht mit, mit viel Zeitaufwand und Hürden verbunden sein. Also nicht, dass ich 15-mal anrufen muss, bis ich meinen ersten Termin bekomme und ah drei Erstgespräche, bis ich dann in die Therapie aufgenommen werde. Das muss unkompliziert sein, gö [...].“ (FP14: 291-298)

14 Psychosoziales Netzwerk = Professionelle Hilfsangebote in den Regionen Murau, Murtal, Liezen.

Außerdem sollen helfende Personen ‚die Sprache der Person mit Hilfebedarf sprechen‘ (FP15), gemeint ist damit, nicht abgehoben zu wirken (FP15, FP17, FP19, FP27). Die aktuelle Situation wird in Bezug auf lange Wartezeiten und kostenpflichtige Angebote in manchen Bundesländern Österreichs kritisiert (FP20). Betont wird die notwendige bessere psychosoziale Versorgung in ländlichen Gebieten:

„Es konzentriert sich die Versorgungsstrategie schon auf xy und xy und je dezentraler, desto weniger. Und wenn wir uns wirklich zu einer wohnortnahen, gemeindenahen und vor allem auch klientennahen Versorgung bekennen, dann müssten wir auch in der Peripherie das Angebot verbessern, weil in den Ballungszentren ist es eh schon recht gut.“ (FP18: 283-287)

Auf die Frage im Interview, welche Erwartungen Männer an Hilfe haben, antwortet eine Interviewperson entsprechend: „Dass es schnell geht, (2) wenig Aufwand und nichts kostet. (5) Und, dass keiner erfährt, dass sie dort waren oder dort sind.“ (FP14: 279f.) Anonymität ist in Bezug auf die Annahme von professioneller Hilfe ein oft genanntes Kriterium von Männern im frühen und mittleren Erwachsenenalter und Fachpersonen. Die Verschwiegenheitspflicht wird ebenfalls erwähnt (A16, B1, B4, B12, FP14, FP18, FP20, FP23, FP25):

„Also ganz wichtig ist anonym. Also das ist glaube ich ganz wichtig, weil ich glaube, dass sich ganz viele Männer schämen, dass sie dort hingehen. (3) Das ist ganz wichtig, [...]“ (B7: 733ff.)

Wichtig wäre, dass Hilfseinrichtungen einen guten Ruf haben und beim Aufsuchen der Hilfseinrichtung keine Scham aufkommt (B7). Als Möglichkeiten, um diese Anonymität zu gewährleisten werden das Internet (A13, FP11, FP19, FP21) und die telefonische Hilfe genannt (B1, B10, FP18, FP19, FP23, FP25). Für die Anonymität ist es bedeutsam, dass die Anrufe von Stellen, die sich weiter entfernt vom Heimatbezirk befinden, entgegengenommen werden (B10).

„Ahm diese rasche und unkomplizierte Erreichbarkeit, der Mann in der Krise überlegt sich ja nicht, dass er eventuell nächste Woche jemanden anruft, der in drei Wochen für ihn Zeit hat, sondern aus dem Impuls heraus nimmt er den Hörer und möchte mit jemanden sprechen, deshalb sind diese Telefonseelsorge und Krisendienst so kostbar.“ (FP18: 429-433)

Zusammenfassend lässt sich durch die Auswertung der geführten Interviews feststellen, dass professionelle Hilfe für Männer als letzte Option erscheint. Bedeutsam sind vor allem die Niederschwelligkeit und Anonymität im Rahmen der professionellen Hilfsangebote.

10.1.4 Türöffner: Abnahme des ersten Schritts

In Bezug auf die Hilfgabe wird eine Art *Türöffner* von den Interviewpersonen angesprochen. Begründet wird dies mit den Schwierigkeiten der Hilfesuche bzw. Hilfeannahme bei Männern und dem Versuch, alles allein zu schaffen

(siehe ab Seite 91 *Welt der Dilemmata*). Die Formulierung, dass es „Türöffner“ braucht, stammt aus dieser Interviewpassage eines Expert*inneninterviews:

„Und, dass diese Hürde da drüber zu kommen und zu sagen, ich brauche aber Hilfe und ich hole mir die jetzt, ganz, ganz eine schwierige ist. Und da braucht es manchmal einfach einen Türöffner, so wie ich vorher gesagt habe, einen Hausarzt oder einen Freund, [...].“ (FP11: 297-300)

Wichtig ist es, auf Männer mit Hilfebedarf zuzugehen und Hilfe anzubieten, weil es ihnen schwerfällt, selbst den ersten Schritt zu tun. Beispielsweise wird eine direkte Ansprache nach belastenden Ereignissen befürwortet (A16, A24, B1, B4, B7, B10, B12, C2, C3, C8, C9):

„Aber der erste Schritt, der ist, der ist schwierig, der ist echt schwierig. Also ich wüsste nicht, (4) da kann ich auch wieder nur auf das Umfeld, also plädieren, dass das Umfeld vielleicht, äh ja ihn da gut hinführt. Das ein guter Freund sagt: ‚Komm, ich kenne da jemanden, der ist gut, der ist wirklich gut. Der kann dir helfen‘. Aber er selber, das werden halt viele nicht tun. Leider.“ (B7: 402-407)

Die interviewten Fachpersonen sprechen ebenfalls die Relevanz des Erreichens von Männern an. Sie betonen das direkte Ansprechen von Suizidalität, sollte diese vermutet werden. Die Hürden sollten möglichst klein gehalten werden, etwa durch das gemeinsame Organisieren von Hilfe oder das Begleiten der betroffenen Person zu Hilfsangeboten (B5, FP11, FP14, FP15, FP17, FP19, FP20, FP21, FP23, FP27). Eine direkte Ansprache von Männern in Krisen wird manchmal als schwierig empfunden (A22, A24, C3).

Die interviewten Männer geben an, dass diese türöffnenden Personen darauf geschult sein sollten (B1, C3). Es wird dafür auch professionelle Hilfe genannt (B4, FP17). Eine Möglichkeit wäre, Gruppen zu besuchen und dadurch Menschen mit Hilfebedarf zu erreichen (B5) (siehe ab Seite 177 *Organisation von präventiven Angeboten*). Aus einem von einer interviewten Fachperson berichteten Beispiel geht hervor, dass dies Personen sein könnten, die akzeptiert werden und aus der eigenen Community stammen. Beispielsweise könnte dies ein Landwirt sein, der Erfahrungen mit Krisen hat und andere Landwirt*innen direkt darauf anspricht (FP15). Diesbezüglich werden zusätzlich Peersysteme (FP18, FP19) und Familienkonferenzen (FP18) positiv hervorgehoben. Angehörigenarbeit wird als wichtig erachtet (FP20).

Offensichtlich wird durch die Ergebnisse dieser Auswertung, dass es Männern die Hilfeannahme erleichtern würde, wenn der erste Schritt im Sinne eines *Türöffners* abgenommen werden würde. In den geführten offenen Leitfadenterviews und Expert*inneninterviews zeigen sich dafür Hinweise für eine entsprechende Gesprächsgestaltung und Gestaltung der Hilfestellung, um Männer im Sinne des Stufenmodells adäquat zu begleiten:

Gesprächsgestaltung

Für die erste Ansprache auf Probleme oder das Anbieten von Unterstützung in Krisen braucht es viel „Fingerspitzengefühl“ (B12: 318f.). Beispiele wären eine respektvolle Begegnung und einer Würdigung der Bereitschaft Hilfe anzunehmen (FP18, FP27). Es braucht einen individuellen Zugang und ein ehrliches Interesse am Befinden des anderen Menschen und der Person an sich, z.B. ein Wissen darüber, was die Person gerne macht (A22, B4, B7, B10, B12, FP15, FP19, FP23):

„Ah, ah das ganz wichtigste beim Gespräch ist, [...] den Zugang zu finden. Für mich persönlich, ich sage jeder Mensch hat so ein kleines Fenster und wenn man das Fenster findet und dann aufmachen kann, ist man in dem Menschen drinnen. Ganz wichtig ist Vertrauen dem Mann zu geben, jawohl da habe ich das Gefühl der hört mir zu [...].“ (FP23: 335-340)

Relevant ist es eine stellvertretende Hoffnung für die betroffene Person zu haben. Die Hoffnung soll vermittelt werden, dass sich die Situation bessern wird und es Lösungen gibt (B6, C2, C3). Auch Humor könnte hilfreich sein (FP19). Nach den interviewten Fachpersonen gelingt der Kontakt zu betroffenen Männern leichter, wenn sich die helfenden Personen selbst öffnen und eine Begegnung auf Augenhöhe erfolgt (FP21):

„Ich glaube, dass das am meisten ausmacht, wenn sich jemand traut sich selber zu öffnen und, und dem anderen damit auch, auch ihm die Tür aufmacht. Wenn man dann nicht, der ist als Mann, der in der schwachen Position ist, ja ich bringe es nicht auf die Reihe und der andere der Experte, sondern dann ist man auf Augenhöhe.“ (FP11: 334-338)

Manche Interviewpersonen raten zu einer direkten Konfrontation der betroffenen Person mit dem Problem oder der Krise (B4-7, C9, FP19, FP20, FP27). Andere Interviewpersonen befürworten einen langsamen Einstieg in das Thema (A22, B4, C3):

„Das ist dann auch so eine Situation, aber, wenn man einen Menschen kennt und den beobachtet glaube ich schon, dass man das bemerkt und auf alle Fälle ganz gezielt ansprechen sollte. Und den solltest auch richtig fragen, ob er sich das Leben nehmen will.“ (C9: 99-103)

Helfende Personen sollten Zeit und Geduld haben, weil Krisen länger andauern, Gespräche Zeit brauchen (B1, C3, FP20) und es oft länger dauert, bis Hilfe angenommen wird (B4, B5, B12, FP27). Bedeutsam ist es, der betroffenen Person zuzuhören und diese ausreden zu lassen (B1, B5, B10, FP11, FP23):

„[...] , sondern der geht auf mich ein, ganz wichtig der kümmert sich, da merke ich der kann zuhören. Das ist ganz wichtig, weil in der Phase redet der, dem es schlecht geht, sicher viel mehr als der Freund eigentlich. Der hört ja zu, dass tut ja auch gut. Und wenn du nur zuhörst, tut das auch schon gut.“ (B7: 266-270)

Do it yourself

Es wird beschrieben, dass der „Knackpunkt“ (B12: 117) bei der betroffenen Person gefunden werden muss, um sie wirklich zu erreichen (C3, FP26):

„Ja (2) da gehört viel Einfühlungsvermögen und eben das (3) den richtigen Punkt erwischen, beim empfindlichen. [...], das habe ich ja selber gemerkt, weil du hast ja irgendetwas, was du schätzen kannst und was du nicht verlieren kannst. Und da müsstest dann ansetzen. (2) Ist egal was, Fischer oder Jäger, Motorradfahrer, ist wurscht was, dass du auf die Ziele wieder bringst: Willst das aufgeben oder was? (2) Wenn du so weiter tust, geht es aber nicht. (2) Äh, musst denken, du machst dich selber kaputt, willst das alles aufgeben? (1) Dass du ihn da irgendwo erwischst.“ (B12: 122-129)

Dies verweist auf die Stufe *Do it yourself* des *Stufenmodells der Krisenbewältigung*. Hervorgehoben wird, dass am „Machertum“ (B6/1: 318-324) der Männer, bei der Hilfesuche/Hilfeannahme, angesetzt werden muss. Zentral ist es für Männer, Selbstwirksamkeit zu erfahren (A22, B6, C8, FP19). Es geht darum, es selbst zu tun, es zu schaffen und etwas Hilfe zu bekommen (FP19):

„Also ich weiß nicht, ich kenne zum Beispiel ganz viele Männer, die diese Hornbach Werben mögen, gö. Das sind die Leute, die eh stark sind, aber irgendwie komisch verletzlich und sich schinden und auch nicht so super aussehen. Also wenn ich so irgendwie daherkommen würde von der Anmutung. Vielleicht kann man wirklich mit diesem ‚Doing yourself Gedanken‘, wo man wen braucht, der einen da anleitet, so irgendwie. Das könnte ein charmanter Weg sein. (4) Weil viele tun ja wirklich gerne etwas herumbasteln oder irgendwas (lacht). Also, wenn das in so einer Anmutung kommen würde und ein bisschen ein Schmääh dabei, der, der erste Entlastung bringt, [...]“ (FP19: 154-163)

Damit einhergehend ist, dass Männer die Kontrolle trotz Hilfestellung behalten und sie selbst bestimmen können (FP21):

„Weil dann auch klarer bleibt, ich behalte die Kontrolle über die Situation, da passiert nicht auf einmal was mit mir und andere Leute entscheiden über mich und ich kann weiterhin selber entscheiden, ich kann weiterhin autonom damit umgehen. Ich glaube das ist letztendlich etwas, was für viele Menschen wichtig ist. Dass sie das Gefühl haben, ich bleibe in Kontrolle und ich bin derjenige der bestimmt und nicht andere bestimmen über mich. Zumindest, wenn man das von so einem Rollenstereotyp her denkt, dann sollte es etwas sein was wichtig ist für Männer.“ (FP21: 160-167)

Dies wird damit begründet, dass es dadurch ermöglicht wird, den eigenen Selbstwert zu erhalten (FP17, FP19, FP27). Die interviewten Fachpersonen betonen, dass Männer oft schnell Entlastung erfahren und schnelle Lösungen haben wollen (FP19, FP25). Hilfreich wird das Ansprechen von Männern entsprechend ihrem Beschütznarrativ genannt. Damit könnte eine dementsprechende Aktivität der Hilfesuche für die Frau oder eigenen Kinder erreicht werden (FP27). Der Fokus sollte auf die Ziele und Wünsche des betroffenen Mannes gelegt werden (B6, B7, B12, FP15, FP21). Genannt wird von den interviewten Männern, dass konkrete Anregungen von außen hilfreich sein können, wenn sie als passend empfunden werden und danach gehandelt werden kann

(A24, B1, B7, C3). Ein Perspektivenwechsel durch das Gespräch mit anderen Personen wird ebenfalls positiv erwähnt (A22, B1). Die interviewten Fachpersonen äußerten sich dazu skeptisch und meinen, dass Ratschläge oft negativ aufgefasst werden können und eher Psychoedukation hilfreich sein könnte (FP11, FP18, FP19):

„Was sich auch schon herumgesprochen hat ist, dass der Depressive nicht erreicht werden kann, indem man ihm sagt, reiß dich zusammen, fahre auf Urlaub, gehe mit deinen Freunden mal Kartenspielen, so diese einfachen äh Rezepte, werden von den Menschen oft eher als, als kränkend und wenig einfühlsam interpretiert. (2) Das hat sich, glaube ich, aber recht gut herumgesprochen, dass man diese (1) so diese langläufigen Rezepte äh wie man aus der Depression herauskommt, eher die Depression verschärfen oder verstärken.“ (FP18: 469-476)

Als sinnvoll wird erachtet, wenn dadurch zur weiteren Hilfesuche motiviert werden kann (A16, B1, B10, B7, C3, FP11, FP18, FP19):

„[...] du erstens reden, selber mal reden. Ich kann nicht jemanden ohne, so packen und in das Auto setzen und wie ein Packet im Beratungszentrum abgeben. Es muss einmal eine Erstbeziehung, sofern sie nicht sowieso schon da ist, zwischen mir und dem Menschen hergestellt werden. Mit äh, mit zu versuchen, ihm zu vermitteln, du bist mir wichtig, ich nehme dich ernst und deine Situation durchaus, aber auch die, die Mitteilung, ich würde dir gerne helfen, aber das übersteigt meine Möglichkeiten und dafür gibt es eben Fachleute.“ (C8/2: 15-21)

Durch die beschriebenen Codes und Kategorien in diesem Unterkapitel lässt sich die Forschungsfrage *Wie muss Hilfe gestaltet sein, damit sie von Männern in Krisen angenommen wird?* folgendermaßen beantworten: Die Hilfestellung muss von einem Gegenüber erfolgen, das für Männer vertrauenswürdig eingeschätzt wird. Weitere Kriterien für die Auswahl eines vertrauenswürdigen Gegenübers scheinen Gegenseitigkeit bei der Hilfestellung, Zuschreibung von Krisenkompetenz und die Geschlechterzugehörigkeit zu sein. Manchmal ist es für Männer leichter, mit anderen Männern zu reden, manchmal ist es für sie leichter, mit Frauen über Probleme zu sprechen. Allgemein scheint für Männer das Reden über Probleme als relevant erachtet zu werden. Die ersten Ansprechpartner*innen in Krisen sind für Männer vorrangig Frauen aus der Familie, manchmal auch Freunde. Erst wenn diese Hilfe nicht ausreicht, erscheint professionelle Hilfe als eine Möglichkeit. Professionelle Hilfe muss nach der Auswertung der geführten Interviews vor allem niederschwellig, leicht, kostenlos und anonym erreichbar sein. Wie im Kapitel *Die Welt der Dilemmata* dargestellt, haben Männer viele Schwierigkeiten bei der Hilfesuche und/oder Hilfestellung. Eine Abnahme des ersten Schritts in Richtung einer Hilfestellung für Männer würde erleichternd wirken. Der Zugang einer *türöffnenden Person* wird als individuell beschrieben, immer sollten Gespräche mit genügend Zeit sowie Geduld verbunden sein und Männer möglichst direkt mit der Krise konfrontiert werden. Relevant ist es, einfühlsam vorzugehen und der betroffenen

Person mit einer stellvertretenden Hoffnung zu begegnen. Die beschriebene sechste Stufe *Do it yourself* des *Stufenmodells der Krisenbewältigung* zeigt auf, dass es für Männer im Rahmen der Hilfeannahme darum gehen muss, die Kontrolle zu behalten und Selbstwirksamkeit zu erfahren. Der Fokus der Hilfefgabe muss auf ihre Wünsche und Ziele hin ausgerichtet sein und darauf, den Selbstwert zu erhalten.

10.2 Unterschiede und Auffälligkeiten in den Befragungsgruppen

Durch die Betrachtung der Auswertung in Bezug auf Unterschiede und Auffälligkeiten in den Befragungsgruppen wird beim *Stufenmodell der (nicht) erfolgreichen Krisenbewältigung mit/ohne Hilfeannahme* offensichtlich, dass es für Männer aller Altersgruppen relevant ist, eine vertrauenswürdige Person in schwierigen Zeiten oder Krisen an der Seite zu haben. Hinsichtlich der Auswahl des vertrauenswürdigen Gegenübers wird Wissen von der helfenden Person in allen Befragungsgruppen angesprochen. Die interviewten Fachpersonen beziehen sich auf das Wissen und die Erfahrungen der helfenden Person als Krisenkompetenz.

Überlegungen dazu, ob Männer andere Männer in Krisen brauchen, werden in allen Befragungsgruppen angesprochen, insbesondere von den Fachpersonen. Familienangehörige, vor allem Frauen, werden in allen Befragungsgruppen als erste Ansprechpartner*innen in Krisen genannt. Jedoch erwähnt nur ein Mann aus der Altersgruppe 24 bis 30 Jahren seine Freundin. Freunde und Kolleg*innen werden von allen Befragungsgruppen erwähnt, allerdings nur von einem interviewten Mann aus der Altersgruppe 70 bis 90 Jahren. Hinsichtlich der unterschiedlichen Bewertung von Freunden als helfende Personen in Krisen zeigen sich keine Auffälligkeiten in den Befragungsgruppen. In Bezug auf professionelle Hilfe werden keine Auffälligkeiten in den Befragungsgruppen ersichtlich. Anonymität wird von den Männern aus der Altersgruppe 70 bis 90 Jahren nicht thematisiert. Die notwendige Niederschwelligkeit von Hilfsangeboten betonen vorrangig die interviewten Fachpersonen.

Die Kodezuordnung hinsichtlich der Bevorzugung eines *Türöffners* zur Abnahme des ersten Schritts zeigt, dass sich fast alle Interviewpersonen in den Befragungsgruppen dafür aussprechen. Ansonsten gibt es keine Auffälligkeiten in den unterschiedlichen Befragungsgruppen. Die einzige Ausnahme ist, dass von interviewten Männern aus der Altersgruppe 24 bis 30 Jahren nicht angesprochen wird, in Gesprächen Zeit und Geduld zu haben und es wichtig ist, zuzuhören. Die Bedeutsamkeit für Männer, die Kontrolle zu erhalten und Selbstwirksamkeit trotz Hilfeannahme zu erfahren, wird in allen Befragungsgruppen benannt, besonders interviewte Fachpersonen bringen sich dazu ein.

Ratschläge der helfenden Personen werden von den interviewten Männern positiver bewertet als von den interviewten Fachpersonen.

Die nun folgende Abb. 39 soll überblicksmäßig zentrale Unterschiede und Auffälligkeiten des *Stufenmodells der (nicht) erfolgreichen Krisenbewältigung mit/ohne Hilfebedarf* darstellen:

Abb. 39: Stufenmodell der Krisenbewältigung; Zentrale Unterschiede und Auffälligkeiten in den Befragungsgruppen

Zentrale Unterschiede und Auffälligkeiten

Gemeinsamkeiten in allen Befragungsgruppen

Vertrauenswürdige Personen sind in Krisen sehr wichtig.

Ob Männer andere Männer als helfende Personen brauchen, wird ambivalent diskutiert.

Die Zuschreibung von Krisenkompetenz ist für die helfende Person relevant.

Frauen sind oft die ersten Ansprechpersonen für Männer in Krisen.

Freunde als mögliche helfende Personen werden ambivalent bewertet.

Fast alle Interviewpersonen betonen die notwendige Abnahme des ersten Schritts am Weg zur Hilfeannahme von Männern.

Das Erhalten von Kontrolle und Erleben von Selbstwirksamkeit ist für Männer im Rahmen der Hilfeannahme besonders relevant.

24-30-jährige und 40-60-jährige Männer

Keine Auffälligkeiten in der Befragungsgruppe.

70-90-jährige Männer

Anonymität wird bei professionellen Hilfsangeboten von den 70- bis 90-jährigen Männern nicht angesprochen.

Fachpersonen

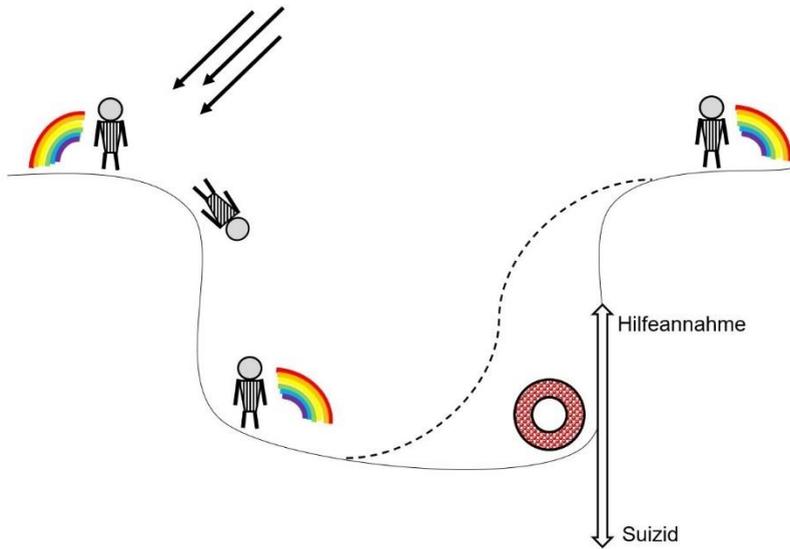
Fachpersonen betonen die notwendige Niederschwelligkeit von Hilfsangeboten.

Fachpersonen sehen Ratschläge von helfenden Personen kritisch.

10.3 Diskussion der Ergebnisse: Stufenmodell

Am Anfang dieser Diskussion ist eine Skizze aus dem Forschungstagebuch abgebildet, die zusammenfassend die behandelte Thematik des *Erklärungsmodells der erschwerten Hilfesuche/Hilfeannahme* und des *Stufenmodells der (nicht) erfolgreichen Krisenbewältigung mit/ohne Hilfebedarf* zeigt. Die Skizze, eingefügt als Abb. 40, enthält mögliche Krisenverläufe und entstand bereits nach den ersten Interviews mit Männern:

Abb. 40: Forschungstagebuch; Möglicher Krisenverlauf von Männern (eig. Darst.)



Die Skizze symbolisiert mit dem Regenbogen das erstrebenswerte, krisenfreie *Leben in Utopia*, bis schließlich doch Krisen im Leben (visualisiert durch die drei Pfeile) auftreten. Der Mensch erlebt die Krise (dargestellt durch das Fallen in den Graben). Durch die geführten Interviews wurde der Eindruck erweckt, dass Männer versuchen, wieder nach *Utopia* zu kommen: Entweder durch eine erfolgreiche Krisenbewältigung (visualisiert durch die strichlierte, nach oben zeigende Linie) oder durch ein *Einrichten von Utopia* in der Krise selbst, ähnlich einem Anpassen an die jeweilige Krisensituation. Begleitet wird dies unter anderem mit chronischen Krisen, Abhängigkeitserkrankungen, psychischen Erkrankungen oder chronischer Suizidalität. Irgendwann scheint der Moment

zu kommen (symbolisiert mit dem roten Ring), in dem die Krise nicht mehr allein zu bewältigen ist und es nur mehr möglich ist, durch eine Hilfeannahme aus der Krise zu kommen oder einen Suizid zu begehen.

Während das *Erklärungsmodell* mögliche Hintergründe für die erschwerte oder nicht vorhandene Hilfesuche/Hilfeannahme von Männern bietet, geht das *Stufenmodell der Krisenbewältigung* tiefer und bildet den möglichen Verlauf hin zu einer (nicht) erfolgreichen Krisenbewältigung detailliert ab und umfasst eine weiterführende Betrachtung. Die ersten vier Stufen *Krisenwahrnehmung*, *Krisenakzeptanz*, *Erkennen von Warnsignalen* und *das Erkennen von Hilfebedarf* entstammen dem *Erklärungsmodell* und wurden im dementsprechenden Kapitel dargestellt und diskutiert. An dieser Stelle der Publikation sollen zwei Kategorien, welche die Gestaltung der Hilfestellung näher beschreiben, zur Diskussion gestellt werden: Die *Hilfesuche bzw. Hilfeannahme* und *Do it yourself*. Das *Stufenmodell der Krisenbewältigung* dient unter anderem der Beantwortung der Forschungsfrage: *Wie muss Hilfe gestaltet sein, damit sie von Männern in Krisen angenommen wird?* In der Literatur wird immer wieder darauf hingewiesen, dass es bei Männern mehr Bereitschaft zur Hilfeannahme geben sollte (vgl. Möller-Leimkühler 2020: 41). Bezugnehmend auf das Thomas-Theorem (Thomas 1928) gibt die These „If men define situations as real, they are real in their consequences“ dazu weiterführende Hinweise: Wenn Männer annehmen, Hilfesuche ist für sie nicht akzeptabel, werden sie auch keine Hilfe suchen. Nach Tricht (2019) geht dies in die Richtung einer selbsterfüllenden Prophezeiung und beeinflusst unser Leben maßgeblich (vgl. Tricht 2019: 61). Frasl (2022) betont dazu:

„Viele Suizide von Männern wären also vermutlich vermeidbar, wenn diese Männer Hilfe von außen nicht als Bedrohung ihrer Autorität und ihres Status empfinden würden und wenn Männlichkeit insgesamt nicht in dem Ausmaß durch Autonomie, äußerliche ‚Stärke‘ und Kontrolle über sich und andere zum Ausdruck gebracht werden müsste. Hegemoniale Männlichkeitsideale verunmöglichen es Männern, um Hilfe zu bitten oder Hilfe anzunehmen.“ (Frasl 2022: 232f.)

Ein Warten auf eine Veränderung der hegemonialen Männlichkeit oder allgemein des *Männerbildes der Stärke und Unverletzlichkeit* wäre dementsprechend nicht zu empfehlen. Hilfe muss so gestaltet werden, dass Männer die Hilfe annehmen können – Hilfe muss passend gemacht werden. In Australien läuft aktuell ein Programm, um zu erfassen, inwiefern universelle oder selektive Hilfsangebote für Männer wirksam sind und gestaltet sein sollten (vgl. Pirkis et al. 2022: 487f.). Die Forschungsergebnisse dieses Forschungsvorhabens bieten einige Anregungen, was bei der Gestaltung der Hilfestellung beachtet werden sollte. Ein zentrales Ergebnis der Auswertung ist, dass es für Männer eine Erleichterung darstellen würde, wenn der erste Schritt zur Hilfesuche/Hilfeannahme im Sinne eines *Türöffners* abgenommen werden würde. In der Literatur wird beispielsweise in Bezug auf ältere Personen in akuten Krisen ein aufsuchender Zugang beschrieben (vgl. Wächtler/Erlemeier/Teising 2008:

139). Die Ansprache von Männern sollte immer dann passieren, wenn sich jemand Sorgen macht und/oder ein krisenhaftes Ereignis passiert ist.

In den folgenden Abschnitten soll den beiden Fragen nachgegangen werden, wer die hilfegebende Person sein könnte und wie Hilfe gestaltet sein müsste, damit sie von Männern angenommen wird. Abschließend wird die erfolgreiche Krisenbewältigung diskutiert:

Geeignete helfende Personen

Die Forschungsergebnisse zeigen, dass Männer für eine erfolgreiche Krisenbewältigung manchmal ein Gegenüber brauchen und über Probleme reden möchten. Die interviewten Männer sprachen in den Interviews oft Familienangehörige, insbesondere Frauen, als erste Ansprechpartner*innen in Krisen an. Ein Grund dafür könnte die zugeschriebene Krisenkompetenz an Frauen sein, die bereits im Rahmen des *Erklärungsmodells der erschwerten Hilfesuche/Hilfeannahme von Männern in Krisen* beschrieben wurde. Allgemein scheinen eine zugeschriebene Krisenkompetenz und Anerkennung für die jeweilige Person relevante Kriterien für die Auswahl eines vertrauensvollen Gegenübers für Männer zu sein. Eine Wissenszuschreibung aufgrund von Ausbildungen im Sozial- oder Gesundheitsbereich wären dafür ein Beispiel und würden wiederum aufgrund von Arbeitstätigkeiten in diesen Bereichen erklären, warum Frauen eine hilfegebende Position zugeschrieben wird. Hinsichtlich Unterstützung durch Freundschaften ergibt sich in der Auswertung ein ambivalentes Bild: In den Interviews wurde von männlichen Freunden gesprochen und diese wurden manchmal als unterstützend in schwierigen Situationen betrachtet. Andererseits zeigt sich hinsichtlich eines helfenden Beitrags von Freunden in Krisen eine große Skepsis. Nach Stiehler (2009: 57ff.) bedeuten Freundschaften Vertrauen, mit jemanden reden zu können, gemeinsame Interessen, Erlebnisse und Gegenseitigkeit zu erleben. Handlungsfähigkeit sowie Selbstwert sollen durch Freundschaften gestärkt (vgl. ebd.: 147) und Krisen leichter bewältigt werden (vgl. ebd.: 190f.). Stiehler (2009: 128) beschreibt die Auswahl von Freund*innen:

„Diese personelle Eignung der Freunde für ein gemeinsames Gespräch wird vor allem von Aspekten wie Verfügbarkeit, persönliche Fähigkeiten, Verbundenheit, Homogenität sowie thematische Kenntnisse abhängig gemacht.“

Dies wären gute Voraussetzungen für eine mögliche unterstützende Funktion von Freunden in Krisen und bestätigen die Forschungsergebnisse nur teilweise. Es gibt andere Meinungen im Fachdiskurs z.B., dass Männer kaum Freunde haben, mit denen sie über Probleme reden (vgl. Waidhofer 2015: 104) und untereinander eher oberflächliche Gesprächsthemen haben. Demnach werden Gefühle und Hilfslosigkeit, aufgrund von Konkurrenzgedanken (vgl. Schulte-Wefers/Wolfersdorf 2006: 16) und der Sorge, vor anderen Männern die

Achtung zu verlieren, vermieden (vgl. Bourdieu 2017: 95f.). Konkurrenzgedanken und das fehlende Vertrauen könnten mit Gründe dafür sein, dass auch Kolleg*innen kaum eine unterstützende Funktion in Krisen in den Interviews zugeschrieben wurde. Vertrauen zeigte sich in der Forschung als zentrales Kriterium für Männer im Rahmen der Hilfeannahme und dürfte die Annahme von professioneller Hilfe erschweren. Die Verschwiegenheitspflicht könnte für Männer dafür einen unzureichenden Ersatz darstellen und der Aufbau einer vertrauensvollen, professionellen Beziehung oberste Priorität haben. Gegenseitigkeit ist für Männer ebenfalls relevant und verweist möglicherweise auf eine weitere Schwierigkeit bei der Annahme von professioneller Hilfe.

Die Geschlechterzugehörigkeit der helfenden Person scheint auch ein relevanter Faktor zu sein. Im Fachdiskurs wird häufig darauf hingewiesen, dass Männer männliche Berater brauchen (vgl. Vossagen 2021: 128) und die Vorteile von Männerberatungsstellen mit männlichen Beratern werden hervorgehoben (vgl. Hofer 2005: 66). Die interviewten Fachpersonen bestätigen diese Sichtweise. Bei den interviewten Männern bietet sich jedoch ein ambivalentes Bild: Nur zwei Männer aus der Altersgruppe 24 bis 30 Jahren und ein Mann aus der Altersgruppe der 70- bis 90-Jährigen sprechen sich klar für eine Hilfe durch Männer aus. Die restlichen Männer legen sich nicht auf ein Geschlecht fest, sondern betonen vielmehr eine Auswahlmöglichkeit. Zusätzlich werden Frauen häufig als bevorzugte Gesprächspartnerinnen in Krisen angegeben und es wird ihnen eine spezielle Krisenkompetenz zugewiesen. Die dargestellte ambivalente Position von männlichen Freunden, beispielsweise in Bezug auf Konkurrenzdenken, könnte dazu ebenfalls Anknüpfungspunkte bieten. Entsprechend diesen Forschungsergebnissen erscheint eine weitere Untersuchung als sinnvoll. Voigt-Kehlenbeck (2008) verweist auf Zugangsmöglichkeiten in allen Geschlechterkonstruktionen, bedeutsam sei auch die Reflexion der eigenen Sozialisation (vgl. Voigt-Kehlenbeck 2008: 160)

Professionelle Hilfe ist nach der vorliegenden Forschung die letzte Option für Männer und wird nur in akuten Krisen in Betracht gezogen. Für Männer scheint es schwer zu sein, den Moment für die Annahme von professioneller Hilfe zu erkennen. Berufliche Krisen scheinen eine niedrigere Hemmschwelle für die Hilfeannahme zu haben. Niederschwelligkeit und Anonymität haben für Männer eine besondere Relevanz, diesbezüglich werden telefonische Beratung und Hilfe über das Internet in den Interviews angesprochen. Diese scheinen den Kriterien für die Gestaltung von Hilfe hinsichtlich Verfügbarkeit und Verlässlichkeit entsprechen zu können (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorfer 2022: 112). Telefonische Hilfe ist, aufgrund der Anonymität, eine einfache verfügbare Hilfe (vgl. Sonneck et al. 2016: 92-97). Die Evaluierung von *U25*, einer Mailberatung für junge Menschen bei Suizidgefahr, zeigt, dass Online-Hilfsangebote von Männern weniger als von Frauen in Anspruch genommen werden. Mit einer Inanspruchnahme von 74% liegt das weibliche Geschlecht deutlich vorne (vgl. Weiss/Stemmler/Hildebrand 2020: 9). Andere Studien

zeigen jedoch, dass Online-Angebote durchaus das Potential haben, Männern die Hilfesuche zu erleichtern und dementsprechend suizidpräventiv zu wirken (vgl. Gilgoff et al. 2022: 158f.). Die Interviewpersonen betonen die notwendige Erreichbarkeit und Verfügbarkeit von professionellen Hilfsangeboten, z.B. in Bezug auf Wartezeiten und Kosten. Frasl (2022) fordert diesbezüglich die Erhöhung von Kassenplätzen für Psychotherapie und die Verringerung von Wartezeiten für psychosoziale Hilfe. Plädiert wird für mehr mobile Krisendienste und mobile psychiatrische Krankenpflege (vgl. Frasl 2022: 354). Dementsprechend sind Hilfsangebote wie das mobile Krisenteam in Kärnten hervorzuheben und entsprechen dem Forschungsergebnis nach aufsuchender Hilfe für Männer. Eine Hypothese wäre, dass Männern noch stärker als Frauen die Hilfesuche erschwert wird, wenn lange Wartezeiten und hohe Kosten damit verbunden sind.

Gestaltung von Hilfe für Männer

Die empirischen Daten ließen bei der Beantwortung dieser Fragestellung keine Differenzierung von professioneller Hilfe und Hilfe durch Laien zu, da für die interviewten Männer die gleichen Faktoren für die Hilfeannahme in beiden Bereichen ausschlaggebend waren. Den Forschungsergebnissen entsprechend sollte eine direkte Konfrontation des Mannes mit der Krise bevorzugt werden. In der Literatur wird öfter eine direkte Konfrontation erwähnt (vgl. Hofer 2005: 68; Waidhofer 2016: 147ff.) und eine notwendige liebevoll-entlarvende und wohlwollende Konfrontation beschrieben, um Männer erreichen zu können (vgl. Sufke/Neumann 2012: 245). Auch Suizidalität sollte immer direkt angesprochen werden (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorfer 2022: 121). Thematisiert wird zusätzlich Wertschätzung sowie Verständnis für Ängste und Widerstände in der Arbeit mit Männern (vgl. Waidhofer 2016: 147ff.). Auch die Ergebnisse der vorliegenden Forschung verweisen auf einen individuellen, empathischen Zugang, Geduld und eine stellvertretende Hoffnung, vor allem im ersten *tür-öffnenden* Rahmen.

Übereinstimmung im Fachdiskurs besteht darin, dass bestehende Geschlechterdifferenzen anerkannt, analysiert und für die Gestaltung von Hilfsangeboten beachtet werden müssen (vgl. Micus-Loos 2013: 193; Sagar-Ouriaghli et al. 2020: 4-12). Denn ein geschlechtsneutraler Zugang würde zentrale Erfahrungen ignorieren und nicht die Wirklichkeit abbilden (vgl. Theunert/Luterbach 2021a: 93). Dies entspricht den Forschungsergebnissen, nach denen ein spezifischer Zugang und eine notwendige mänderspezifische Gestaltung von Hilfe immer wieder in den Interviews mit allen Befragungsgruppen angesprochen wurde. In der Literatur werden dafür geschlechtssensible Beratungskonzepte (vgl. Böhnisch 2015: 193) und eine akzeptierende, pädagogische Arbeit vorgeschlagen. Demnach soll Maskulinität akzeptiert und zusätzliche

Angebote für die Erreichung von Selbstwert und Anerkennung gemacht werden (vgl. ebd.: 146). Wichtig ist, die Schwierigkeit von Männern im Wahrnehmen von Gefühlen zu beachten (vgl. Waidhofer 2016: 140). Entsprechend den empirischen Daten wird eine Anpassung der Hilfe an die Bedürfnisse und die Lebenswelten der Männer gefordert. Auch die Beachtung von gegenseitigen, geschlechtsspezifischen Erwartungen und Zuschreibungen bei Berater*innen und Männern müssen bewusst gemacht werden (vgl. ebd.: 141). Nach den Forschungsergebnissen erwarten sich Männer vor allem wenig Aufwand, schnelle Entlastung und Anonymität im Rahmen der Hilfeannahme. Hofer (2005) fasst die Wünsche von Männern an Beratungen folgendermaßen zusammen:

„Sie wollen zuerst einmal angenommen und ernstgenommen werden. Sie wollen aber auch gefordert werden. Viele von ihnen wissen, dass sie etwas tun müssen und wollen etwas tun. Sie suchen nach kraftvollen Bildern, an denen sie sich orientieren können, suchen den Rat eines anderen Mannes, den sie schätzen, die Ermunterung und Bestätigung, das männliche Mitgefühl, die väterliche Ermahnung oder manchmal ganz einfach den Tritt, damit sie die anstehenden Schritte auch tun.“ (Hofer 2005: 68)

Erwähnt werden soll der Orientierungsrahmen für geschlechterreflektierte Arbeit, der auf das Akzeptieren unterschiedlicher Männlichkeitsanforderungen und Geschlechterstereotypen sowie das Herausfordern des betroffenen Mannes ausgerichtet ist (vgl. Theunert/Luterbach 2021b: 100-116) und damit den empirischen Daten entspricht. Bezugnehmend auf das Ergebnis der vorliegenden Forschung nach einer geschlechtlichen Prägung wird auch in diesem Orientierungsrahmen die Beachtung dieser Prägung auf Berater*innenseite und der betroffenen Person betont (vgl. ebd.: 104f.).

Die Forschungsergebnisse verweisen auf Selbstwirksamkeit als wichtigen Protektivfaktor in krisenhaften Situationen. Zusätzlich ist Selbstwirksamkeit im Kontext der Hilfeannahme bedeutsam. Die Stufe *Do it yourself* zeigt auf, wie wichtig es ist wahrzunehmen, dass selbst etwas verändert werden kann und die Herausforderung selbst gemeistert wird. Zentral ist, die Kontrolle zu wahren und nicht zum ohnmächtigen Hilfeempfänger zu werden. Männer müssen selbst etwas tun können und dürfen sich nicht ausgeliefert fühlen. Beispielsweise spricht dies für eine transparente Gestaltung des Beratungsprozesses. Kind (2001) beschreibt die Zielsetzung hinsichtlich der Gestaltung der Hilfestellung sehr treffend als eine „[...] Wiederaufrichtung der Grandiosität [...]“. (Kind 2001: 105) Hilfe muss darauf abzielen, die Hoffnungslosigkeit der betroffenen Person zu vermindern, z.B. durch eine Verbesserung der akuten Belastung (vgl. Bronisch 2020: 118). Als hilfreich könnte sich dazu die sozial-kognitive Theorie erweisen, die selbstregulierende und selbstreflexive Prozesse hervorhebt. Durch kognitive Prozesse wird dementsprechend das Verhalten beeinflusst (vgl. Bandura 2001: 266-269). Nach den empirischen Daten könnten diese verhaltensbeeinflussenden Prozesse eine erfolgreiche Krisenbewältigung indizieren. Betont wird in der Literatur die Bedeutsamkeit von konkreten Zielen, um dem Bedürfnis nach Kontrolle nachzukommen:

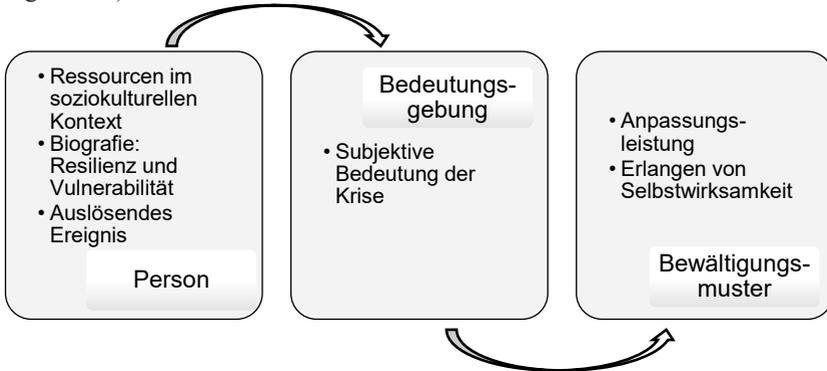
„Entsprechend dem männlichen Bedürfnis nach Kontrolle und Selbstwirksamkeit ist es sinnvoll, konkrete Ziele, Strategien für die Zielerreichung und Perspektiven für die Zukunft zu erarbeiten.“ (Waidhofer 2016: 149)

Eine Verbindung lässt sich mit der Lebensweltorientierung herstellen, denn die jeweiligen Lebenswelten der Männer sollten unbedingt erhoben und akzeptiert werden. Handlungsfähigkeit muss wiederhergestellt (vgl. Ansen/Schröder-Lüders 2016: 249f.) und, entsprechend einem Empowerment-Ansatz, zum Einsatz der eigenen Ressourcen ermutigt werden (vgl. Keupp 2020: 642). Bezugnehmend auf das *Erklärungsmodell der erschwerten Hilfesuche/Hilfeannahme* und einem möglichen *Nicht-Wahrhaben-Wollen von Krisen* erscheint es naheliegend, dass oft im Vorfeld nicht alle Ressourcen genützt werden und damit im Rahmen der Hilfgabe insbesondere die Ressourcenaktivierung bedeutsam wäre.

Der individuelle Prozess einer erfolgreichen Krisenbewältigung

Nach dem beschriebenen *Stufenmodell der Krisenbewältigung* ist das erstrebenswerte Ziel die erfolgreiche Krisenbewältigung, welche prinzipiell auf allen Stufen erreicht werden könnte. Diese Ergebnisse lassen sich gut mit den Einflussgrößen einer erfolgreichen Krisenbewältigung von Oritz-Müller (2021) in Abb. 41 verbinden. Die Lebensumstände der Person in einer Krise bedürfen demnach einer besonderen Berücksichtigung. Die (nicht) vorhandenen Ressourcen aus unterschiedlichen Bereichen im soziokulturell-ökonomischen Kontext sind ebenso relevant wie die Biografie mit ihrer zusammenhängenden Resilienz und Vulnerabilität sowie das auslösende Ereignis der Krise. Die daraus resultierende subjektive Bedeutungszuweisung einer Krise und vorhandene Bewältigungsmuster sind entscheidend für die Krisenbewältigung. Bedeutsam ist dabei die jeweilige Anpassungsleistung an die neue Situation und das Erlangen von Selbstwirksamkeit (vgl. Oritz-Müller 2021: 56-59):

Abb. 41: Einflussfaktoren der Krisenbewältigung (Ortiz-Müller 2021: 56-59, eig. Darst.)



Einige dieser beeinflussenden Bereiche wurden bereits in der Beschreibung des *Erklärungsmodells der erschwerten Hilfesuche/Hilfeannahme von Männern in Krisen* speziell für die männliche Zielgruppe beschrieben, z.B. fördernde und hemmende Faktoren für die Entwicklung von Problemlösekompetenzen in (suizidalen) Krisen. Ergänzend wirkt das in dieser Forschung entwickelte *Erklärungsmodell* hinsichtlich männerspezifischer Herausforderungen am Weg einer erfolgreichen Krisenbewältigung. Resilienz bedeutet nach Kruse (2017) unter anderem, Emotionen kontrollieren zu können, das Geschehene wahrzunehmen, Einschätzung von Ressourcen für die Bewältigung und Reflexion früherer Bewältigungsstrategien. Zusätzlich zur Selbstregulation sollten Stärken, Schwächen, Selbstwirksamkeit, Problemlösekompetenzen und ein gutes soziales Netzwerk vorhanden sein (vgl. Kruse 2017: 174f.). Diese Darstellungen bestätigen viele Bereiche, die anhand der vorliegenden Forschungsergebnisse notwendige Entwicklungsmöglichkeiten für Männer aufzeigen, um mehr Krisenkompetenz zu erlangen. Die empirischen Daten verdeutlichen, dass Männer mehr Resilienz benötigen würden und dementsprechende Resilienzförderung näher beforcht werden müsste. Ein Bereich, der kaum Berücksichtigung gefunden hat, beschreibt die weitreichenden Vorteile einer erfolgreichen Krisenbewältigung für Männer. Möglicherweise sind diese Reifungsprozesse, aufgrund der *Dilemmata* und dem *Nicht-Wahrhaben-Wollen* in Krisen verbunden mit einer möglicherweise bevorzugten *Flucht nach Utopia*, für Männer schwer erreichbar. Arnold (2020) beschreibt den Gewinn aus Krisen folgendermaßen:

„Jede erfolgreich bewältigte Krise stärkt die Identität und gibt Schub für anstehende Etappen im Lebenszyklus, während unzulängliche Bewältigung das Selbstgefühl angreifen, sich gleichsam wie ein negativer Schleier auf die weiteren Lebensphasen legen und das Wachstum der gesunden Persönlichkeit hemmen.“ (Arnold 2020: 208)

Wie im *Stufenmodell der Krisenbewältigung* ersichtlich wurde, kann es am Weg zur erfolgreichen Krisenbewältigung auch zu einem fehlenden Erkennen und Verleugnen der Krise, von Warnsignalen oder eines Hilfebedarfs kommen. Die dadurch möglicherweise indizierte *Flucht nach Utopia* kann verschiedenste Gefahren nicht bewältigter Krisen zur Folge haben. Sonneck et al. (2016) erklären dies mit dem Drang nach Entlastung aufgrund der massiven Belastung in der Krisensituation. Akute Gefährdungen in Form von Suizidalität oder Fremdgefährdung können ebenso vorkommen wie langfristige Folgen, z.B. die Entstehung psychischer oder körperlicher Erkrankungen, Medikamenten-, Alkoholmissbrauch, Verlust von sozialer Sicherheit und Beziehungen oder einer Chronifizierung der Krise (vgl. Sonneck et al. 2016: 63f.).

Zusammenfassend bietet das *Stufenmodell der Krisenbewältigung* einen detaillierten Blick auf einen komplexen Prozess und dessen mögliche Verläufe. Beim Vergleich zwischen den untersuchten Altersgruppen der Männer zeigten sich keine signifikanten Unterschiede. Dies führt zu der Einschätzung, dass Krisenbewältigung einen sehr individuellen Prozess darstellt und nicht davon ausgegangen werden kann, dass sich jüngere Männer leichter in der Krisenbewältigung tun. Möglicherweise ist das *Stufenmodell der Krisenbewältigung* nicht ausschließlich für das männliche Geschlecht, sondern ebenfalls für andere Geschlechter anwendbar. Ob die Stufe *Do it yourself* auch für Frauen derartig relevant ist, müsste näher untersucht werden. Ein gendersensibler Zugang für die Hilfeannahme erscheint für Männer jedenfalls wesentlich zu sein. Dementsprechend braucht es aufsuchende Hilfe, es braucht Personen, die Männer direkt in Krisen ansprechen und Hilfe anbieten. Konzepte für Nachbarschaftshilfe, eine neue Ehrenamtlichkeit, Initiativen von Peers und Schulungen der Bevölkerung im Erkennen von Warnsignalen und Krisen sowie Trainings zum konkreten Ansprechen und der Hilfestellung bei Männern wären demnach indiziert. Insbesondere Frauen wären dafür eine wichtige Zielgruppe, weil Männer ihnen Krisenkompetenz zuschreiben. Geschulte Personen müssen sich in weiterer Folge für die direkte Ansprache von Männern zuständig fühlen. An dieser Stelle soll auf eine entsprechende Suizidpräventionskampagne in Kanada verwiesen werden, die sich an einem entsprechenden Peer-Ansatz orientiert (vgl. Sharp et al. 2023: 4-8). Vorteilhaft wäre außerdem eine Schulung von Personen, die mit Männern in Krisen in Kontakt kommen, z.B. Scheidungsanwält*innen, Bankangestellte, Hauskrankenpflege. Bei der Hilfestellung erscheinen schließlich Selbstwirksamkeit und das Bewahren von Kontrolle als zentrale Handlungsprinzipien für die Arbeit mit Männern.

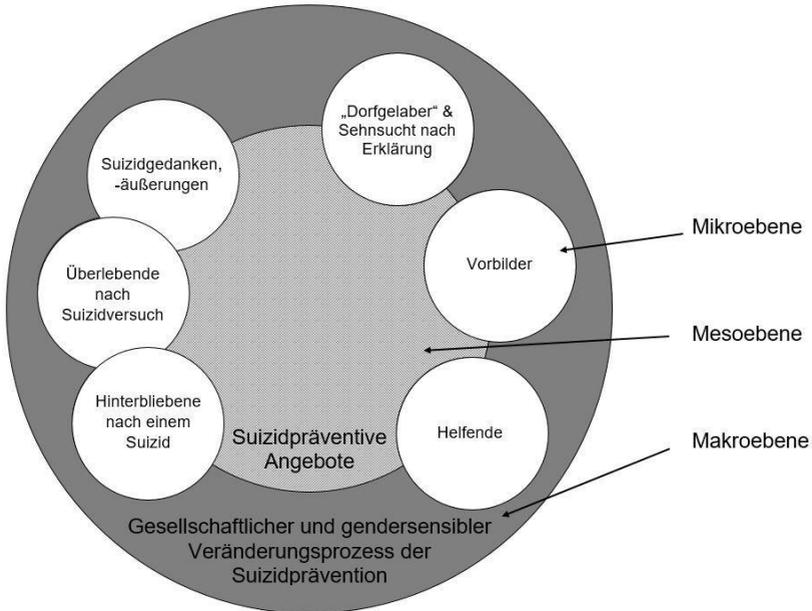
11 Präventionsmodell mit einer gendersensiblen Ausrichtung auf Männer¹⁵

Wie ab Seite 44 dargestellt wurde, gibt es im Rahmen der *Suizidprävention Austria* verschiedenste Projekte in den einzelnen Bundesländern Österreichs, die unterschiedliche Angebote im Kontext der Suizidprävention organisieren. Nach einer eingehenden Recherche, Gesprächen und Expert*inneninterviews mit Mitarbeiter*innen von einzelnen Suizidpräventionsprojekten konnten nur wenige Ansätze festgestellt werden, die auf einen besonderen Fokus auf Männer als Risikogruppe für Suizidalität schließen lassen. Vorrangig wird versucht, mit Angeboten Multiplikator*innen zu schulen, die Allgemeinbevölkerung zu erreichen oder es werden verschiedene andere Risikogruppen in den Vordergrund gerückt, wie z.B. Jugendliche. Es wird versucht, Männer über ihre Arbeitsstellen und Vereinstätigkeiten zu erreichen (FP11, FP14, FP17, FP19, FP25-27). Als ansprechendes Material für Männer wurden Videos von Männern, die über Krisen berichten, genannt (FP14, FP17).

In der Auswertung der offenen Leitfadeninterviews mit Männern der beforschten Regionen und der Expert*inneninterviews zeigten sich verschiedenste Hinweise für die Gestaltung einer Suizidprävention, von der auch Männer profitieren würden. Die ausgewerteten Kodes wurden zum *Präventionsmodell mit einer gendersensiblen Ausrichtung auf Männer* verbunden und in Mikro-, Meso- und Makroebene unterteilt:

15 Zum *Präventionsmodell mit einer gendersensiblen Ausrichtung auf Männer* wurde bereits ein Buchbeitrag veröffentlicht: Schlojer, Carmen (2024): Ein Plädoyer für eine gendersensible Suizidprävention. In: Lauer mann, Karin/More, Rahel/Sigot, Marion/Sting, Stephan (Hrsg.): Soziale Arbeit zwischen Inklusion und Exklusion. Perspektiven aus Forschung und Praxis. Schriftenreihe der ÖFEB-Sektion Sozialpädagogik, Band 17. Opladen/Berlin/Toronto: Verlag Barbara Budrich. S. 179-190.

Abb. 42: Präventionsmodell mit einer gendersensiblen Ausrichtung auf Männer (eig. Darst.)



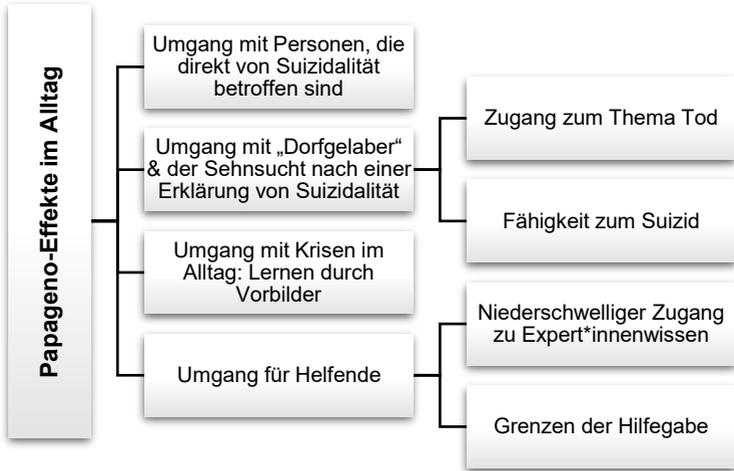
Die sechs kleinen Kreise in der Abb. 42 symbolisieren Ergebnisse der Forschung in Bezug auf eine gendersensible Suizidprävention auf den verschiedenen Mikroebenen. Im Hinblick auf die drei zusammengefassten Kreise *Suizidgedanken*, *Suizidäußerungen*, *Überlebende nach einem Suizidversuch* und *Hinterbliebene* wird der Umgang mit Personen, die direkt von Suizidalität betroffen sind, beschrieben. Der *Umgang mit „Dorfgehaber“*, der *Sehnsucht nach einer Erklärung von Suizidalität*, das *Lernen durch Vorbilder für den Umgang mit Krisen* sowie ein *Umgang mit Suizidalität und Krisen für Helfende* stellen weitere Mikroebenen dar. Der mittlere Kreis zeigt die *Gestaltung suizidpräventiver Angebote* auf der Mesoebene. Der große umfassende Kreis stellt die Makroebene mit einem *gesellschaftlichen und gendersensiblen Veränderungsprozess im Rahmen der Suizidprävention* dar. Deutlich wird durch die Abb. 42, dass die verschiedenen Ebenen nicht streng voneinander getrennt sind, sondern ineinander übergehen und Berührungspunkte haben. Diese entsprechen den inhaltlichen Überschneidungen und Ergänzungen zwischen den Ebenen. In den nächsten Unterkapiteln werden die Überlegungen auf den drei Ebenen dargestellt und anschließend Unterschiede sowie Auffälligkeiten in den Befragungsgruppen präsentiert. Abschließend befindet sich, wie bei den Ergebnisdarstellungen der vorangegangenen Modelle, eine Diskussion der Ergebnisse des *Präventionsmodells*.

11.1 Überlegungen auf der Mikroebene

Die Überlegungen zu einer Suizidprävention auf der Mikroebene umfassen Kodes, die auf das Handeln der einzelnen Menschen und den Umgang miteinander hinweisen. Sie beziehen sich auf den Nutzen für die einzelnen Personen. Es handelt sich um eine *anlassbezogene Suizidprävention*, abgestimmt auf persönliche Situationen im Themenbereich Suizidalität und dem Umgang damit. Betitelt wurden diese Unterkategorien als *Papageno-Effekte im Alltag* nach dem *Papageno-Effekt* in der Medienberichterstattung. Benannt wurde dieser Effekt nach Papageno aus der Oper *Die Zauberflöte*, welcher durch externe Hilfe eine Krise überwindet. Beschrieben wird durch den *Papageno-Effekt* die reduzierende Wirkung auf die Suizidrate durch Medienbeiträge, die von Hilfsangeboten und alternativen Bewältigungsstrategien in Krisen berichten (vgl. Schäfer 2019: 597). Die Forschungsergebnisse deuten auf eine notwendige Ausweitung und entsprechende Wirkung des *Papageno-Effekts* auf den Alltag hin. Grundlage dafür sind alltägliche Begegnungen mit den Themen *Krisen und Suizidalität*, die als Möglichkeit für suizidpräventive Ansätze genutzt werden können.

Die Abb. 43 dient der Übersicht der verschiedensten Ansätze für die *Papageno-Effekte im Alltag*. Diese zeigen sich in einem adäquaten Umgang mit Menschen in Krisen von Seiten der helfenden Personen. Die Ergebnisse verweisen auf das Lernen durch Vorbilder, einen guten Umgang mit Erzählungen über Suizident*innen und anderen betroffenen Menschen von Suizidalität sowie der Sehnsucht nach Erklärungen von suizidalem Verhalten:

Abb. 43: Suizidprävention auf der Mikroebene (eig. Darst.)



11.1.1 Umgang mit Suizidgedanken, Suizidäußerungen, Suizidversuchen und Hinterbliebenen nach einem Suizid

Menschen, um die sich andere Sorgen machen, sollten darauf direkt angesprochen werden. Suizidäußerungen müssen ernstgenommen werden. Dies wurde bereits im Unterkapitel *Türöffner* ab Seite 150 beschrieben und zeigt sich ebenfalls in Bezug auf Suizidgedanken und Suizidäußerungen (B1, B4, B5, B7, FP20). Ein interviewter Mann beschreibt dazu seinen Umgang mit einer Situation, in der er mit einer Suizidankündigung konfrontiert wurde:

„Ja einmal habe ich das gehabt, in einem Gasthaus einmal. Da hat er gesagt, das hat alles keinen Sinn mehr und dann kann ich mich erinnern. dann habe ich das schon angesprochen und gesagt: „Jetzt im Ernst?“, oder so. Und dann haben wir so ein bisschen geredet und dann hat sich das aber irgendwie wieder beruhigt, weil ich einfach weiß, auf was man achten sollte, wenn so Andeutungen kommen, in der Richtung. Dass man es ernst nimmt.“ (B1: 467-472)

Die Fachpersonen betonen die Normalisierung von Suizidgedanken. Dadurch soll der Sorge vor einer Einweisung in ein Krankenhaus entgegengewirkt werden, sollten Suizidgedanken geäußert werden (FP17, FP21, FP23):

„[...] meine Vorstellung ist, dass (2) die Bevölkerung generell ein besseres, ein etwas neueres Konzept der Suizidalität braucht, um überhaupt zu verstehen, wann es gefährlich werden könnte. Weil ich sage immer, Suizidgedanken das ist, die sind verbreitet, oder? Wenn wir fragen, sagen über 50% der Leute im Erwachsenenalter, sie haben irgendwann schon mal an Suizid als Möglichkeit gedacht, äh das ist an sich noch kein Problem finde ich, [...]“ (FP15: 77-82)

Auch die Überlebenden nach einem Suizidversuch und deren Nachbetreuung und Aufarbeitung des Geschehenen, werden in den Interviews angesprochen (A22, C9, FP15, FP18). Als bedeutsam zeigt sich der Umgang mit Hinterbliebenen nach dem Suizid eines nahestehenden Menschen, beispielsweise das Reden über die verstorbene Person, das Aufarbeiten des Geschehenen mit möglichen Schuldgefühlen und den Umgang mit der Trauer (B5, B7, FP17). Im folgenden Zitat wird die hohe Belastung von Hinterbliebenen nach einem Suizid und die damit verbundene Scham sowie Schuldgefühle beschrieben:

„Sie werden mir glauben, dass fast jeden Tag jemand auf mich zukommt und mir davon berichtet, dass es in seiner Verwandtschaft oder in ihrer Verwandtschaft auch so einen Fall gab, wie bei uns zuhause. Und fast jede dieser Vertrauensbekundungen endet mit dem Satz ‚mei bitte sage es niemanden‘. Solange es so ist, dass man glaubt, man hätte damit einen Makel oder man hätte sich zu schämen, ah, wird sich nichts ändern, also müssen wir das Gegenteil versuchen, wir müssen Leute einladen, animieren zu sprechen, zu sprechen, zu sprechen. Aber dazu müssen wir natürlich auch wissen, wie man darüber spricht und deshalb muss es in den Medien vorgearbeitet werden, damit keiner Angst hat, davon zu reden.“ (FP17: 353-361)

Menschen werden im Alltag mit Personen konfrontiert, die auf die eine oder andere Weise direkt von Suizidalität betroffen sind. Durch die Interviews wird eine Unsicherheit in Bezug auf den Umgang mit diesen Personen ersichtlich. Zusätzlich lässt sich der Wunsch nach einem adäquaten Umgang mit Suizidge-danken, Suizidäußerungen, Überlebenden nach einem Suizidversuch und Hinterbliebenen nach einem Suizid feststellen.

11.1.2 Umgang mit dem „Dorfgelaber“ und der Sehnsucht nach einer Erklärung von Suizidalität

Der Begriff „Dorfgelaber“ stammt aus folgender Interviewsequenz:

„Man hat immer so gehört im Vorfeld, ja ok, hat wieder einer, in diesem Dorfgelaber, aber wenn du dann echt selber da, (2) doch relativ nah dabei bist. (2) Das war schon eine andere Dimension (2).“ (B6/1: 572-575)

Häufig sprechen Interviewpersonen an, dass von Suizidversuchen und Suiziden im Alltag erzählt wird und/oder Suizide sowie Suizidversuche in der eigenen Familie oder dem Bekanntenkreis passieren und dies Auswirkungen auf andere Personen hat. In den beforschten Regionen herrscht ein Bewusstsein für die hohen Suizidraten (A13, A16, A22, A24, B1, B4-7, B12, C2, C3, C8, C9):

„Wenn man sich so das typische Gasthaussetting vorstellt: Hast schon gehört? Der xy (Suizident) und dann wird das irgendwie diskutiert, aber dann geht man zur Tagesordnung über. Ich glaube es ist gesellschaftlich in einer gewissen Hinsicht akzeptiert. (3) Akzeptiert ist vielleicht der falsche. Es ist einfach, es ist so, es ist da, ja. Und dann fallen halt so großartige Sprüche, naja wenn er es sich verbessert hat (3) oder, oder war halt sein Wunsch oder so

sagen, das fällt dann. (2) Aber viel mehr, ja wird da nicht darüber geredet. Weißt, wo man sagt, so eine gewisse Fassungslosigkeit und Verständnislosigkeit, [...]“ (B6/1: 470-477)

Zusätzlich zum Unverständnis gegenüber Suizidalität wird eine bestimmte Neugierde über die Hintergründe von Suizidalität in den geführten Interviews ersichtlich. Es gibt Spekulationen über die Hintergründe: beispielsweise zu großer Druck, gesundheitliche oder familiäre Probleme, keine Last sein zu wollen, Schwierigkeiten mit dem aktuellen Frauen-Männerbild, Kurzschlussreaktionen, Gefühl der Nutzlosigkeit, ein bestimmter Auslöser, vererbte Komponenten, Mitleid, Aufmerksamkeit erregen zu wollen oder dass etwas nicht funktioniert hat (A13, A16, A22, A24, B4-7, B12, C2, C3, C8, C9):

„Ich kenne sehr viele. (2) Auch in der Familie habe ich einige Suizide. (4) Und für mich war es, mein Eindruck ist immer, es sind Kurzschlussreaktionen, kommt mir immer vor. Ich meine, ich weiß es nicht, aber mir kommt vor, das ist von einem Moment auf den anderen, einfach so ein Kurzschluss, wo das passiert. (6) Und es wird wenig geredet darüber. Warum ist das. Vor allem in der Familie. Warum haben die das gemacht? Man vermutet schon, aber so richtig, da, dass da richtig intensive Gespräche führt über das, das macht fast keiner. (2) Ist ein bisschen ein Tabuthema.“ (B4: 281-288)

„Und das war, das war unglaublich, unglaublich arges Erlebnis, es war nicht absehbar, es war nicht klar, er hat nichts hinterlassen, keinen Abschiedsbrief, nichts, null, wir haben nichts gewusst, bis heute nichts. [...] Das war für mich so eine Situation, wo ich mir dachte, wie kann einer in so einem Alter so etwas machen? Das gibt es ja nicht. Da muss ja irgendetwas im Hintergrund passiert sein, ja. Dass das jemand tut. Ja. (2) Aber es ist nie, nie restlos oder es konnte nie geklärt werden. Und das ist das, (2) was mich so nach wie vor beschäftigt. Und wie gesagt, diese direkte Konfrontation mit der Handlung und, und das, das, das nicht verstehen können, warum so etwas passiert, das war brutal.“ (B6/1: 556-566)

Die Hintergründe für Suizidalität führen zu Überlegungen bei den interviewten Fachpersonen, sie vermuten bei Männern einen näheren *Zugang zum Thema Tod* und Gewalt sowie eine höhere Risikobereitschaft (FP17, FP19):

„Und dann vermute ich schon, dass Männer nicht so stark am Leben hängen wie Frauen, oder viele Männer nicht so stark am Leben hängen wie Frauen. (7) Das könnte ich jetzt aber auch nicht irgendwie belegen oder so, aber (3) ja. Also ich weiß auch nicht, ob Männer das Thema Suizidalität oder Suizid auch so dramatisch einschätzen wie Frauen. Also ich glaube, dass da eine andere Gewöhnung an das Thema Tod da ist und das eigene Sterben. Also ich glaube, da gibt es vielleicht eh historische Gründe von weiß ich, von kriegerischen Auseinandersetzungen und ich weiß nicht was.“ (FP19: 249-256)

Allgemein stellen die interviewten Fachpersonen Überlegungen hinsichtlich der höheren Suizidrate von Männern gegenüber Frauen an und äußern folgende mögliche Hintergründe: hohe Verantwortung, Zugang zu Suizidmethoden, psychische Erkrankungen, kein Reden über Probleme, eine neurologische, genetische Basis, (religiös geprägte) Männerrollen, Einsamkeit, Zuschreibungen von Persönlichkeitseigenschaften und Konkurrenzdruck (FP15, FP18, FP20, FP21). Eine Interviewsequenz dient dafür als Beispiel:

„[...] Männer sind ja nicht nur impulsiver, narzisstischer oder kränkbarer, sondern sie sind einem extremen Konkurrenzdruck unterlegen, privat wie beruflich (1) und das führt wiederum zu einem anderen Stresspegel und Stress, Dauerstress ist letztendlich eine mögliche Erklärung für Depressionen und für suizidale Krisen [...]“ (FP18: 399-403)

Von den interviewten Männern der beforschten Regionen und der interviewten Fachpersonen wird Männern allgemein eine Art *Fähigkeit zum Suizid* zugeschrieben. Beispielsweise in Bezug auf das eigene Überwinden vor einem Suizid, Autoaggression, Brutalität und die ‚härteren‘ Suizidmethoden kombiniert mit einer höheren Tötungswahrscheinlichkeit (B1, B5, B7, C3, C9, FP14, FP15, FP17-19, FP21).

Durch diese Unterkategorie zeigt sich, dass Suizidalität, trotz seiner Tabuisierung, ein Thema ist, über das gesprochen wird und dies möglicherweise ein Potential für die Suizidprävention bieten könnte. Das Thema fasziniert und die Menschen würden gerne die Hintergründe für Suizidalität wissen, sie würden gerne verstehen, wie jemand so weit kommt, einen Suizidversuch oder Suizid zu begehen.

11.1.3 Umgang mit Krisen im Alltag: Lernen durch Vorbilder

Ein Bereich, der nach den empirischen Daten relevant zu sein scheint, ist das Erlernen eines adäquaten Umgangs mit Krisen. Hervorgehoben wird dafür das Erleben von Vorbildern. Die interviewten Männer beschreiben als Vorbilder andere Männer, etwa ihre Väter (A22, A24, B1, C9). Diese Männer zeichnen sich durch Können, Tun, Wissen oder Stärke aus (A24, C9). Es werden Personen beschrieben, die etwas erschaffen, erreicht oder sich etwas aufgebaut haben (A22). Sportler und verlässliche Menschen werden ebenfalls genannt (C9).

Zusätzlich wird von den interviewten Männern aller Altersgruppen und Fachpersonen darauf hingewiesen, dass es Vorbilder brauchen würde, die für einen offenen Umgang mit Krisen und eine akzeptierte Hilfesuche und Hilfeannahme stehen. Die sich nicht schämen, sondern von ihrer Krisenbewältigung erzählen (A13, A16, A22, A24, B4, B5, B7, C3, C8):

„Mit dem redest ganz normal, gach, jetzt habe ich wieder reinmüssen, sagt er. (lacht) Das sind halt seltene (2) Ausnahmen, was das annehmen oft, und offen darüber reden auch.“ (C3: 439ff.)

Ein Mann beschreibt die positive Erfahrung, andere Menschen an seiner Lebensgeschichte teilhaben zu lassen:

„Und ich einfach über meine Selbsterfahrungen mich austauschen kann und da einfach hoffe und ah es wird so sein, dass ich Menschen ah dazu ermutigen kann, sich helfen zu lassen, in welcher Form und wo auch immer. Aber durch das Eigenbeispiel, die Selbsterfahrung, ah selber einmal ah in dieser Situation gewesen zu sein, und sich was anzutun, wie es bei mir war. Dass ich jetzt einen Punkt erreicht habe, ich gehe in die Offensive und hilf mit, um eben Suizide (1) rechtzeitig abfangen vielleicht zu können und zu helfen.“ (B5: 307-314)

Die interviewten Fachpersonen betonen eine dementsprechende Medienberichterstattung, durch die Themen wie Krisen und Suizidalität aus dem Tabu geholt werden und (möglicherweise prominente) Menschen von Krisen in der Öffentlichkeit erzählen (FP11, FP17, FP19, FP21, FP27). Das Einbinden von Videos bei suizidpräventiven Veranstaltungen, bei denen Männer von ihren bewältigten Krisen erzählen, wird erwähnt (FP11, FP14). Für Männer ist es bedeutsam, zu erkennen, dass auch andere Männer Krisen haben und damit Vorbilder für die eigene Krisenbewältigung verfügbar sind (FP11, FP14, FP17, FP19, FP21, FP23, FP25):

„Ich würde sagen, jemanden der so ihnen, so die Hürde nimmt. Wahrscheinlich auch ein Mann, der den Mut hat Schwäche, unter Anführungszeichen, zu zeigen. Ein Mann der, der darüber spricht, dass ihm auch mal schlecht gegangen ist, ein Mann, der ähm den Mut hat dazu zu stehen, dass er zum Beispiel psychische Probleme hat.“ (FP14: 185-189)

Wichtig ist, sich mit Vorbildern identifizieren zu können (FP21). Zu den Personen muss aufgesehen werden, sie müssen anerkannt sein (FP14, FP25) und altersmäßig passend erscheinen (FP21). Eine interviewte Fachperson meint dazu:

„[...] es müssen unverdächtige Leute sein, [...], wenn es jetzt Leute sind, von denen man so denkt, das sind echte Kerle, so (lacht) und wenn die an dieser Stelle weich sind, dann darf ich auch weich sein.“ (FP21: 108-111)

Betont wird, dass Krisen als wichtige Lernerfahrung für das weitere Leben gesehen werden können und es nicht unmännlich ist, wenn ein Mann Krisen erlebt (C8, FP11, FP17). So kann aus schlechten Erfahrungen von anderen gelernt werden (A24, B6). Eine interviewte Fachperson vergleicht dies mit der japanischen Technik *Kintsugi* und plädiert dafür, Verletzungen in das Männerebild zu integrieren:

„[...] dass ja auch Helden Wunden haben und, dass das die Person nicht schmälert, sondern eigentlich ähm (2) was dazufügt. Das ist so wie, ich weiß nicht, ob du Kintsugi kennst, das ist eine japanische Technik, wo ähm die Keramik die kaputt ist oder Risse hat, repariert wird und dann die Risse mit Gold aufgefüllt werden. Und vielleicht mehr bisschen Richtung Männlichkeit zu gehen, wo man sagt, ok ich habe auch Narben und das Leben hat ähm Spuren in mir hinterlassen, aber das ist das, was mich ausmacht und was mich eigentlich auch stärker macht und zu dem macht, was ich bin. (4) Also ich denke, dass wir dieses, diese Verletzungen in das Männlichkeitsbild integrieren.“ (FP11: 105-113)

Die Verfügbarkeit von Vorbildern, die eine positive Krisenbewältigung vorleben, kann für Männer hilfreich für den eigenen Umgang mit Krisen sein. Wichtig ist dabei, dass es sich um männliche Vorbilder handelt, mit denen eine Identifikation möglich ist. Zusätzlich muss diesen Männern trotz ihres Erlebens von Krisen Männlichkeit, Anerkennung und Können zugetraut werden.

11.1.4 Umgang mit Krisen und Suizidalität von helfenden Personen

In den Interviews wird eine notwendige Enttabuisierung von Suizidalität, das Reden darüber und Ernstnehmen von Suizidankündigungen angesprochen (A24). Angegeben wird fehlendes Wissen über den Umgang mit Menschen, bei denen Suizidalität vermutet wird. Der Wunsch eines *niederschweligen Zugangs zu Expert*innenwissen* wird betont. Bei den Expert*innen soll nachgefragt werden können, Wissen vermittelt werden oder ein Kontakt mit der betroffenen Person aufgenommen werden:

„[...] ,dass auch den Leuten bewusstgemacht wird, wenn im Verwandtschafts- oder Freundeskreis den Eindruck macht oder sonst irgendetwas, man kann irgendwo anrufen. Und sagt, du schaust, ich habe den Freund so und so oder sonst was, vielleicht könntet ihr da was machen, aber ich traue mich nichts sagen oder sonst was, [...].“ (A24: 227-231)

Auch Fachpersonen betonen die Notwendigkeit von Wissen über den Umgang mit Suizidalität (FP11, FP20):

„Also ich glaube, da braucht es schon eine Unterstützung von außen, mit sehr hellhörigen, feinfühligen Menschen, die einfach ein Wissen über Suizidalität haben und das ist einfach unser großer Auftrag als xy (Projekt) ahm das Wissen weiterzugeben. Und, dass man da einfach aufmerksamer ist und weiß, worauf muss man achten und was, was kann ich dann tun. Und auch auf sein Gefühl zu hören, wenn einem wer was erzählt, wo man merkt, irgendwie habe ich da ein ungutes Gefühl oder da passen manche Sachen nicht zusammen oder, ich habe das Gefühl der Person geht es nicht gut, auch wenn man es nicht festmachen kann, dass man sich auch wirklich traut nachzufragen.“ (FP11: 318-326)

Machen sich Menschen Sorgen um andere, bestehen Hemmungen, diese darauf anzusprechen (A24, B1, B4, B7, C3):

„[...] irgendwo hast immer Angst, dass du irgendwen zu nahetrittst oder, dass du sagst, warum ist das passiert oder warum hat der das gemacht. Es ist schon eine ganz tiefe oder intime Ebene. Eine persönliche Ebene, da kommst schwer hin, beim Gespräch. Da muss wirklich die Situation passen, da muss das Ganze, der Moment passen, dass du da mit einem Gespräch dahin kommst.“ (B4: 294-299)

So werden *Grenzen der Hilfestellung* thematisiert und es erscheint im Sinne der Prävention relevant, über den Umgang mit diesen Grenzen zu informieren. Der Umgang mit der Ablehnung eines Hilfeangebots und die Schwierigkeit einen Zugang zu betroffenen Personen zu finden, beschäftigt die Männer in den Interviews. Sie beschreiben ein Unverständnis dafür, wirken verärgert oder haben wenig Hoffnung auf eine Veränderung (A13, A16, A24, B7, B12, C2, C3). In der Interviewsequenz wird vom schwierigen Zugang zu Männern in Krisen und dem Unverständnis für die fehlende Hilfeannahme berichtet:

„[...] du kannst aufmerksam machen, dass du sagst, das passt nicht, aber, wenn du das jahrelang machst (2) und die, diejenige Person tut nichts dafür und ist immer nur das Opfer, dann kannst auch sagen, oder da wirst selber müde, dass ich sage du bitte tu was oder dass du ihn darauf hinweist, mach eine Therapie oder keine Ahnung. Aber, dass du das sagst, ist

ganz schwer, (2) du bräuchtest eigentlich professionelle Hilfe, dass du das jemanden sagst (3) dass musst auch richtig formulieren glaube ich.“ (B4: 47-53)

Die Möglichkeit des Hilfezwangs wird erwähnt, z.B. die Anordnung von Hilfe durch die Arbeitgeber*innen (B4) oder in Form einer Zwangseinweisung in ein Krankenhaus (FP17). Hilfe aufzuzwingen, wird kritisch gesehen und die freie Entscheidung der betroffenen Person hochgehalten (B5, B7, C8).

Als Belastung für helfende Personen wird angegeben, dass die Hilfgabe nicht zum angestrebten Erfolg führt, über längere Zeit gebraucht wird oder die schlechten Launen der betroffenen Person schwer aushaltbar sind (A13, B4).

Zusammenfassend zeigt sich, dass helfende Personen von einer Wissensvermittlung zum Thema Suizidalität inklusive des Wissens über die Vermittlung einer Sorgeformulierung profitieren würden. Zusätzlich wären der Umgang mit einer Ablehnung von Hilfe sowie die Abgrenzung im Rahmen der Hilfgabe relevante Themen für die Prävention oder einer Angehörigenberatung.

Auf der Mikroebene wird ein großer Nutzen für einzelne Personen ersichtlich, sollte sich Suizidprävention auf den Umgang mit Suizidalität im Alltag konzentrieren. Von Schulungen und Wissensvermittlung zum Umgang mit Menschen, die vom Thema Suizidalität betroffen sind, oder allgemein einer angemessenen Begegnung mit den Thematiken Krisen und Suizidalität würden auch Männer profitieren. Durch eine *anlassbezogene Suizidprävention* muss im Sinne der *Papageno-Effekte im Alltag* suizidpräventiv reagiert werden, wenn das Thema Suizidalität aufgrund verschiedenster Anlässe aus dem Tabu tritt. Ebenfalls gehört Suizidprävention als Vorstufe zu professioneller, psychosozialer Hilfe in Form einer adäquaten Gestaltung und Bewerbung von Hilfe sowie entsprechende Zugangsmöglichkeiten dazu (siehe dazu die Ausführungen zum *Stufenmodell der Krisenbewältigung* ab Seite 145).

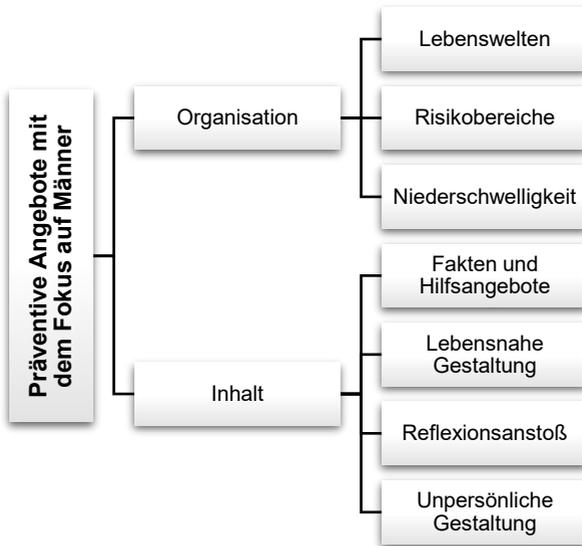
11.2 Überlegungen auf der Mesoebene

Auf der Mesoebene wurden Überlegungen zu präventiven Angeboten von Projekten oder Organisationen mit dem Fokus auf Männer gesammelt. Diese umfasst eine *aufsuchende Suizidprävention*, um Männer zu erreichen und verlangt eine spezielle Organisation von präventiven Angeboten im Sinne eines Aufsuchens von Männern in ihren Lebenswelten. Wie in den weiteren Ausführungen ersichtlich werden wird, handelt es sich um eine *settingbezogene Suizidprävention*. Männern wird z.B. eine verpflichtende Teilnahme im Rahmen ihrer Arbeitstätigkeit vorgeschrieben oder es werden suizidpräventive Angebote in bestehende Angebote eingegliedert. Eine *schulende Suizidprävention*, die der

Weiterbildung von Multiplikator*innen, beispielsweise Gesundheitspersonal und Angehörigen dient, erscheint ebenfalls relevant.

Die Kategorien und Kodes, die zu diesen Ergebnissen geführt haben, werden nun dargestellt. Zur Übersicht der enthaltenen Inhalte dient die Abb. 44:

Abb. 44: Suizidprävention auf der Mesoebene (eig. Darst.)



11.2.1 Organisation von präventiven Angeboten

Von den interviewten Männern der beforschten Regionen und den Fachpersonen wird angegeben, dass suizidpräventive Angebote in *zugänglichen Lebenswelten eingebettet* werden sollten (FP11). Im Rahmen einer *settingbezogenen Suizidprävention* sollen Angebote in Bereichen stattfinden, in denen Männer automatisch damit konfrontiert werden. Beispielsweise durch die Schulausbildung oder das Bundesherr (A13, A24, C9). Es wird betont, dass Männer in ihren Gruppen aufgesucht werden müssen und eher nicht von sich aus zu einem öffentlichen Vortrag gehen würden:

„Aber von Haus aus zu erwarten, dass ein 72-jähriger Mann, der das nie gekannt hat, dass er anläutet an einer Türe und sagt ‚Jetzt bin ich da, helfts mir‘. Das braucht man nicht erwarten, das wird nicht geschehen. Das wird nicht sein. Also, man muss in die Gruppen hinein. Und sie dort, in der großen Versammlung abholen und herausholen, direkt hineingehen mit einem Vortrag.“ (B5: 446-451)

Dies ist eine Form der Suizidprävention die aktuell in Suizidpräventionsprojekten umgesetzt wird: Die Männer werden dort aufgesucht, wo sie sich aufhalten (FP11, FP19):

„Ähm, wir versuchen sehr gezielt Männer zu erreichen, in dem wir uns spezifische Angebote überlegen, wie eben auch zum Beispiel die Feuerwehren zu schulen oder ähnliche Organisationen, wo Männer vor allem tätig sind.“ (FP11: 19-22)

Es werden folgende Bereiche in den Interviews angesprochen: Arbeit/Ausbildung, Alltag/Freizeit und Gesundheit. Präventive Angebote im Bereich Arbeit/Ausbildung werden als gute Möglichkeit beschrieben, um Männer zu erreichen. Vorteilhaft ist eine verpflichtende Teilnahme in der Arbeitszeit (A16, B1, B7, FP19).

„[...] und solche Veranstaltungen könnte ich mir durchaus vorstellen. Weil, weil es an alle gerichtet ist. Und der, den es betrifft, der wird eh nichts sagen, der wird eh nicht aufhüpfen und sagen ‚Ja ich bin jetzt eh in so einer Phase, ich überlege mir jedes Mal, wenn ich vorbeigehe, ob ich runterspringe.‘ Und so kann er sich das anhören und vielleicht, wenn dann am Schluss gesagt wird - ja Karten an jeden verteilt werden, das nicht auffällt auf jeden - ‚Wenn etwas ist, kann kontaktiert werden, wir sind immer für euch da‘. [...] Wenn sie das schon gut rüberbringen, könnte ich mir schon vorstellen, dass der eine oder andere sagt, ok hört sich nicht so schlecht an. Da finde, da sehe ich mich in vielen Sachen, könnte ich wirklich einmal anrufen. Also ich könnte mir schon vorstellen, dass das seine Wirkung nicht verfehlen würde.“ (B7: 911-923)

Zusätzlich angesprochen werden Schulungen beim Arbeitsmarktservice oder dem Berufsförderungsinstitut (B10, B12, FP14, FP19). Die Polizei wird erwähnt, weil hier viele Männer arbeiten und Kontakt mit Männern in Krisensituationen besteht (FP20). In Bezug auf den landwirtschaftlichen Kontext wird die Landwirtschaftskammer genannt (A13, B1, FP18). Außerdem werden präventive Angebote, im Sinne einer Wertevermittlung im Ausbildungskontext, als förderlich für junge Männer erwähnt (A13, B1, FP20, FP26):

„Nein, haben wir schon mal so etwas gehabt, aber (3) es ist halt glaube ich schwer, ich sag so wie in den Schulen tut man sich da gleich mal leichter. Weil da habe ich ein ganzes Radl, eine größere Gruppe. Und da muss ich nicht einen einzelnen ansprechen. Weil da mach ich die Veranstaltung und im Endeffekt komme ich dann nicht aus. Und ich finde das so etwas fast besser funktionieren würde, als wenn man echt versucht denjenigen anzusprechen, dass man sagt, für den will ich jetzt werben, dass er zu mir kommt, dass ich ihm helfen kann.“ (A22: 249-256)

Zusätzlich wird der Kindergarten als Ort für Präventionsarbeit angesprochen:

„[...] und da fällt mir vielleicht wirklich ein, (1) da wären vor allem Schulen, das fängt natürlich im Kindergarten an. Also diese ganze Frühentwicklung, also vom Kindergarten eigentlich Erwachsenenwerden. Man müsste auch da, das wäre eine Chance, massiv ansetzen, wenn Sie mich fragen (lacht).“ (FP20: 255-258)

Im Bereich Alltag/Freizeit wird das Erreichen von Männern mit präventiven Angeboten über Vereine, wie Landjugend, Musik-, Sportverein, Bauernbund,

Seniorenverbände, Feuerwehren oder religiöse Einrichtungen, thematisiert (A22, B1, B4, B5, FP11, FP14, FP17, FP19, FP26, FP27). Erleichtert wird das Erreichen von Männern auch über ihre Funktionen oder Rollen, beispielsweise die Vaterrolle (FP11, FP25, FP27).

„Dann wäre eine weitere Idee so bei Seniorenclubs, Seniorenausflügen, ah Seniorenwandergruppen. Wenn ich an meine Eltern denke, die sind so Teil einer Wandergruppe, nicht. Wo auch die Frauen dabei sind, das wäre so ein Beispiel, wie vorher nicht, wo die Frauen auch ihre Männer mitnehmen.“ (FP14: 106-110)

Außerdem wird das Erreichen von Männern über die Gemeinden und Pfarren (B1, FP19), die eigene Familie (B4, FP14, FP27), insbesondere Frauen (C8, FP23) oder Personen, zu denen aufgesehen wird (FP14), genannt. Hinsichtlich der Räumlichkeiten wird der Vorteil angesprochen, wenn die Männer diese bereits kennen, etwa ein Gasthaus (C3, C8, FP14). Von einer Fachperson wird betont, dass es ein Ort ohne politischen Bezug sein sollte (FP14):

„[...] naja gemütlich, glaube ich, soll es sein, wenn du jetzt sagst, beim Hirschenwirt mache ich es. [...], weil da gehen sie noch eher hin, [...], da kommen sie ab und zu auch durch die Vereine und so hin.“ (B4: 461-466)

Insbesondere Fachpersonen nennen im Gesundheitsbereich Ärzt*innen, vor allem Hausärzt*innen, um Männer zu erreichen. Diesbezüglich wird die *Gotland Studie* erwähnt und besonders Bezug auf das Erreichen älterer Männer genommen (B1, FP11, FP14, FP19, FP25, FP27). Hervorgehoben wird das Aufnehmen von Suizidprävention in Vorsorgeuntersuchungen oder anderen präventiven Untersuchungen (B1, FP19, FP27):

„Also ah, wenn ich mit den Hausärzten spreche, thematisiere ich das immer, weil die Hausärzte sind eine besonders wichtige Gruppe für uns (1), also für die Männer. Weil das ist sehr niedrigschwellig für einen Mann, zum Arzt geht man dann doch noch, wenn auch viel seltener als die Frauen. Aber, aber das ist unverfänglich, da muss man noch nicht schwach und psychisch beschädigt sein, ah vom Selbstverständnis her. Und deswegen ist es auch gut, wenn die Hausärzte dafür sensibilisiert sind, was die Männer brauchen und wo die Männer, (1) ah gefährdet sind, [...]“ (FP27: 94-101)

Zusätzlich genannt wird das Einbetten von Suizidprävention in Heimen (FP18, FP27), der Hauskrankenpflege (C8, FP14) oder Erste-Hilfe-Kursen:

„Wenn man weiß, dass mehr Leute ums Leben kommen wie auf der Straße. Und in einem Erste-Hilfe-Kurs ist die Straße immer drinnen. Für den betrieblichen Ersthelfer, ist immer drinnen, Unfälle, Straßenverkehr, ist immer drinnen, immer. Warum nicht das auch? Oder das Rote Kreuz umdenken, bei den Kursen und dahingehend auch eine Stunde im Curriculum einzubauen. Suizidprävention, in ein paar Worten. Wie gehe ich um damit. Das gibt es auch noch nicht.“ (B1: 370-376)

Für die Organisation von suizidpräventiven Angeboten ist zu beachten, dass Suizidprävention bereits als Hilfeannahme angesehen wird (A16, B1, B4, B6, B7, C2, C3, C8, C9, FP20, FP21). Fachpersonen betonen demnach: „[...] die beste Suizidprävention ist gute psychosoziale Versorgung.“ (FP18: 269f.).

Ansonsten thematisieren die interviewten Fachpersonen das *Ansetzen an Risikobereichen für Suizidalität*. Genannt wird das Ansetzen an kränkendem Erleben sowie der existentiellen Sicherheit (FP17) wie Arbeitslosigkeit, Probleme mit der Karriere (FP18, FP27) oder Trennungen (FP23). Aktivitäten gegen Einsamkeit, vor allem bei älteren Männern, werden als relevant angesehen. Beispielsweise Gemeinschaftsveranstaltungen, gemeinsames Essen und Projekte, durch die verschiedenste Menschen zusammengebracht werden (FP17, FP19, FP21, FP27).

Betont wird eine *schulende Suizidprävention*, z.B. für Beschäftigte im Gesundheits-, und Sozialbereich, Elementarpädagog*innen, Lehrer*innen, Einsatzkräfte oder Journalist*innen (FP11, FP14, FP15, FP17, FP18, FP20, FP25, FP26). Die damit einhergehende Vernetzungsarbeit und nachhaltige Wirkung von Präventionsarbeit wird hervorgehoben (FP20, FP26):

„Außerdem brauchen wir natürlich viel Stakeholderausbildung, also für die Feuerwehrleute, für die Polizist*innen, für die Gefängniswärter*innen, ah für alle, die in Berufen stecken, wo möglicherweise ein Kontakt mit jemandem, der in einer suizidalen Krise steckt passiert.“ (FP17: 333-336)

Von den Interviewpersonen wurde die *Niederschwelligkeit* von suizidpräventiven Angeboten hervorgehoben. Diese kann über Vorträge in den jeweiligen Gemeinden (FP18) und Informationen über das Internet erreicht werden (A13, A24). Niederschwelligkeit betrifft auch die Titelauswahl, wobei Begrifflichkeiten in Richtung Suizidalität oder Psyche vermieden werden sollten (B1, B4, B5, C8, FP15). Anonymität sollte bei präventiven Angeboten gewährleistet sein, dafür werden weitere Wegzeiten hingenommen (B4, B12). Als Möglichkeit für niederschwellige und anonyme suizidpräventive Angebote werden das Bereitstellen von Informationsmaterial und Radiobeiträge genannt (A13, A24, B4, B12, FP17-19, FP25, FP27). Der richtige Zeitpunkt für präventive Angebote wird ebenfalls als relevant bezeichnet, z.B. Angebote im Herbst für Landwirt*innen (B1, FP14).

Im Hinblick auf die Organisation von suizidpräventiven Angeboten mit dem Fokus auf Männer wäre es demnach wichtig, diese in für sie zugängliche Lebenswelten einzubetten. Im Sinne einer *aufsuchenden und settingbezogenen Suizidprävention* sollten Angebote in Bereichen stattfinden, in denen Männer sich bereits aufhalten oder einen Bezug dazu haben, beispielsweise der Arbeit, Ausbildung, bei Vereinen oder anderen Freizeitaktivitäten. Betont wird, insbesondere von den interviewten Fachpersonen, das Erreichen von Männern über den Gesundheitsbereich, vorrangig durch die Hausärzt*innen. Die Fachpersonen nennen die notwendige Schulung von Multiplikator*innen in den Bereichen Krisen und Suizidalität. Dafür schlagen sie das Erreichen von Männern über Risikobereiche vor, etwa durch Aktivitäten gegen Einsamkeit. Zu beachten bei der Organisation von präventiven Angeboten ist ebenfalls, dass diese möglichst niederschwellig erreichbar sind und dass die Teilnahme an diesen Angeboten meist bereits als Hilfeeinnahme betrachtet wird.

11.2.2 Inhalte von präventiven Angeboten

Es wird erwähnt, dass es männerspezifische Angebote in der Suizidprävention geben sollte (FP18, FP20, FP25). Die Erwartung an präventive Angebote ist, dass über *Fakten und Hilfsmöglichkeiten* informiert wird. Männer sprechen an, dass es wichtig wäre, vor einer Krise entsprechende Informationen über Krisenverlauf und Krisenbewältigung zu haben (A13, A16, A22, A24, B1, B4, B6, B10, C3, C8, FP14, FP15, FP18, FP20). Informationen über die Gestaltung von Hilfe wäre hilfreich, um Erwartungen abzugleichen (FP20, FP21).

„Ich glaube, dass auch das Wissen über Krisen fehlt, dass Krisen eine Zeit lang andauern können, dass es ganz normal ist, dass man überhaupt nicht weiß, wie es weitergeht, dass es an manchen Tagen oder in manchen Stunden einfach nur darum geht, einfach irgendwie weiterzumachen und das auszuhalten, dass es im Moment einfach so ist.“ (FP11: 268-272)

Fachpersonen sprechen eine notwendige *lebensnahe Gestaltung* von präventiven Angeboten an. Männer könnten in ‚ihrem Beschützernarrativ für die Familie‘ angesprochen werden. Es könnte im Sinne der Resilienz betrachtet werden, stoisch zu sein, Schmerz auszuhalten und stark zu sein (FP21):

„Und wenn man das schafft, das umzukodieren, Krise als Chance, Fähigkeit die Krise in Worte zu kleiden als Stärke, ähm (1) Selbstreflexion, Introspektion und Mentalisierung als besondere Fähigkeiten. Da wird man die Männer eher erreichen.“ (FP18: 477ff.)

Lebensnahe, niederschwellige Themenbereiche sollten ausgewählt werden, die sich auf die jeweilige Lebensgestaltung (B5) und das jeweilige Alter (B1, FP18) beziehen. Beispielsweise den Aufbau/das Erhalten eines sozialen Netzwerks, die Freizeitgestaltung (B5), bei älteren Menschen im Moment zu leben und das Thema Genießen hervorzuheben (B6). Eine Fachperson spricht im Interview den Umgang mit Gefühlen und negativen Gedanken an:

„Ahm, aber auch sich ahm (2) Kompetenzen anzueignen im Umgang mit starken Gefühlen, wie Angst, wie Traurigkeit, wie Schmerz, die Dinge, die auch bei einer Depression mit dabei sind. Ahm, dass man einfach erlernt, (2) was kann ich machen, wenn, wenn ein starker Schmerz da ist. Das ich kann atmen, ich kann mal schreien, es gibt einfach ganz viele Möglichkeiten, ahm sich da mehr zu erkundigen.“ (FP11: 388-393)

Präventive Angebote können im Sinne eines *Reflexionsanstoßes* (B6, B12) dazu dienen, ein gesellschaftliches Umdenken in Richtung der Akzeptanz von Hilfeannahme und Verletzlichkeit sowie unterschiedlichen Männlichkeitsbildern (A13, FP11) und einer Reflexion des eigenen Lebens anzuregen (FP17). Das Vorspielen von Videos, von Menschen, die bereits Krisen bewältigt haben, könnte Männer ansprechen (FP14, FP17).

„Ahm, dass man dort ansetzt und sagt, Leute, ah, beim Auto, mit dem Auto fährt auch regelmäßig in die Werkstatt, Service machen, sonstige Sachen, Reifenwechseln etc. Warum nicht mit dir selber? Warum fragst nicht in regelmäßigen Abständen? Redest mit jemanden? Über deinen Alltag, vielleicht kommst auf irgendein Problem drauf und sagst ‚Ah siehst, das hätte ich gerne gelöst‘.“ (B6: 357-362)

Es ist wichtig, dass bei präventiven Angeboten eine *unpersönliche Gestaltung* passiert (B4, B12, FP11):

„Wenn du da jetzt hergehst und einen Sitzkreis machst und sagst, ‚Herr so und so, wie schaut es bei den, bei dir daheim aus?‘ Ich glaube dann stehen die auf und gehen. Da kannst wirklich nur so einen Frontalvortrag machen, kommt mir vor.“ (B4: 442-445)

Insbesondere von den interviewten Fachpersonen wird genannt, dass eine frühe Vermittlung von Lebenskompetenzen und eine entsprechende Bewusstseinsbildung in Kindergärten und Schulen stattfinden sollte. Beschrieben wird dies als eine generelle Präventionsarbeit (B6, FP17, FP19, FP20, FP23, FP25, FP26), die ab Seite 183 im Unterkapitel *Überlegungen auf der Makroebene* näher beschrieben wird. Präventive Angebote sollten nachhaltig gestaltet werden, damit sie für die spätere Krisenbewältigung hilfreich sein können:

„Ich kann dir sagen, je früher man ansetzt, desto besser, je langfristiger ein Präventionsprogramm ist, desto eher wirkt es. (2) Kurze Interventionen gehen beim einen Ohr raus und beim einen rein. (2) Hat keine Nachhaltigkeit und alles, was keine Nachhaltigkeit hat, ist verlorene Mühe. (3) Langfristig bei ganz klein anfangen, das bringt einen Erfolg [...].“ (FP26: 263-267)

Unter Lebenskompetenzen werden unter anderem der Umgang mit Konflikten und Gefühlen sowie das Erarbeiten von Problemlösestrategien verstanden (FP25, FP26):

„Ah im Endeffekt geht es darum Lebenskompetenzen sehr früh zu stärken gö, sehr früh heißt je früher, desto besser. Und unter Lebenskompetenzen ist unter anderem auch drinnen ah Gefühle erkennen, Gefühle wahrnehmen, Gefühle ausdrücken können. Ist auch ein wesentlicher suchtpreventiver Anteil gö. Und je früher Kinder das machen können, sich mitteilen zu können, desto eher ist da der Grundstein gelegt. (1) Das fängt ja, im Endeffekt fängt es ja schon bei den Eltern an, wie sehen Kinder wie wird mit Gefühlen auch als Mann und Frau, als Papa, Mama umgegangen.“ (FP26: 58-65)

Auch die Arbeit mit Eltern, z.B. durch Elternvorträge, wird erwähnt. Wichtig wäre die Vermittlung, Gefühle zu erkennen, auszudrücken, darüber zu reden und Regeln sowie Freiraum zu geben (FP25). Bevor Probleme entstehen, sollen bereits regelmäßige Gespräche forciert und damit Prävention gelebt werden (FP17).

„Wir müssen wegkommen von der reinen Behandlung der psychischen Krankheiten, wir müssen uns viel, viel mehr darum kümmern, dass nicht so viele Menschen traurig werden. Ich wiederhole mich da gerne.“ (FP17: 440-443)

Die Ergebnisse der Auswertung zeigen in Bezug auf die inhaltliche Gestaltung von präventiven Angeboten die Bedeutsamkeit über Hilfsmöglichkeiten und Fakten zu informieren und eine lebensnahe Gestaltung der Themenbereiche anzustreben. Die frühe Vermittlung von Lebenskompetenzen in Kindergärten und Schulen, etwa der Umgang mit Gefühlen oder Konflikten, wird besonders

betont. Es zeigt sich eine Überschneidung mit den Ergebnissen der Mikroebene, denn das Erlernen des Umgangs mit Suizidalität im Alltag könnte Teil der lebensnahen Gestaltung suizidpräventiver Angebote sein. Zusätzlich können suizidpräventive Angebote zu einer Reflexion in Bezug auf das eigene Leben und allgemein den Einstellungen in der Gesellschaft gegenüber Männlichkeitsbildern, Hilfeannahme und Suizidalität, führen.

11.3 Überlegungen auf der Makroebene

Auf der Makroebene zeigt sich *Suizidprävention als gesellschaftlicher und gendersensibler Veränderungsprozess* und als ein Teil einer generellen Präventionsarbeit. Dargestellt werden dazu Ergebnisse der Auswertung in Bezug auf gesellschaftliche und politische Bedingungen und Möglichkeiten:

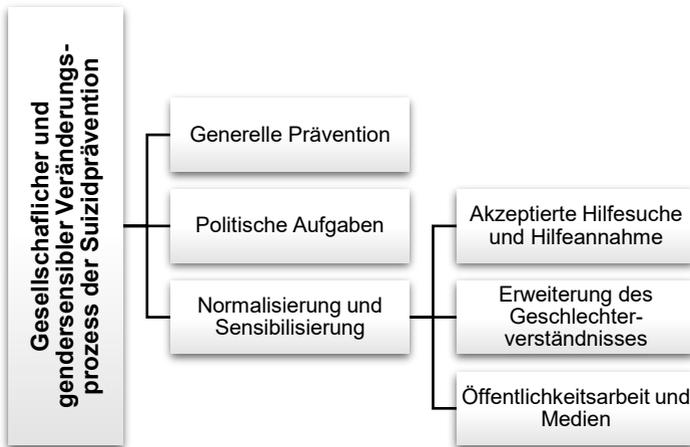
Hohe Suizidraten werden als „[...] schlechtes Zeichen [...]“ (B10: 179) einer Gesellschaft und gesellschaftliches Problem bezeichnet (FP26). Den Zugang zu Männern in der Prävention zu bekommen und die Hilfesuche zu erleichtern wird als langwieriger Prozess beschrieben. Dieser verlangt nach einer Veränderung der Gesellschaftsstruktur. Als Vorbilder werden nordische Länder genannt und eine Abkehr von der Leistungsgesellschaft hin zu einer wertschätzenden Gesellschaft wird befürwortet (A24, B6, C9, FP17, FP26). Es wird der Vorschlag unterbreitet, andere Formen von Wertschätzung zu leben:

„[...] und wenn wir andere Formen fänden, wie wir Wertschätzung transportieren, als nur über Geld und über Siegen, dann würden wir glaube ich eine sehr viel friedlichere Gesellschaft sein, die weniger Menschen mit Krisen haben.“ (FP17: 483-486)

Von den interviewten Fachpersonen wird Individualität, der Umgang mit Gefühlen, das Sprechen über Probleme hervorgehoben (FP11, FP17, FP18, FP26). Eine Bewusstseinsbildung in der Gesellschaft, die Entwicklung einer Gesundheitskompetenz in Bezug auf psychische Probleme sowie emotionale Krisen, werden ebenfalls betont (FP15, FP19, FP20).

Die Abb. 45 stellt die Inhalte auf der Makroebene überblicksmäßig dar. Ersichtlich werden die Schwerpunkte auf eine generelle Prävention und politische Aufgaben. Besonders relevant ist eine *Normalisierung und Sensibilisierung* rund um die Bereiche psychische Gesundheit, Krisen und Suizidalität:

Abb. 45: Suizidprävention auf der Makroebene (eig. Darst.)



In Bezug auf eine generelle Prävention wird in den Interviews mit Fachpersonen angesprochen, dass Suizidalität, Gewalt- und Suchterkrankungen ähnliche Ursachen haben. Von einer Zusammenarbeit könnten präventive Angebote profitieren (FP20, FP25, FP26).

Bei Maßnahmen auf der Makroebene werden auch politische Aufgaben genannt. Dies betrifft gesetzliche Regelungen in Bezug auf Einkommensgerechtigkeit von Frauen und Männern, Karenzregelungen, das Zurverfügungstellen von Förderungen für männerspezifische Projekte und einen Ausbau der Suizidprävention in allen Bundesländern (C9, FP17, FP20, FP26, FP27). Die Möglichkeit einer Wissensvermittlung zur Krisenbewältigung (FP20), den kostenlosen Zugang zu zeitnahen Psychotherapieangeboten als Beitrag zur Überarbeitung von persönlichen ‚Wertesystemen‘ (FP17, FP18) und allgemein eine bessere gesamtmedizinische Versorgung in Österreich werden gefordert:

„[...] also ich stelle mittlerweile auch die Verfügbarkeit, die rasche, niedrigschwellige Verfügbarkeit in Frage, in Wien hat man dann vielleicht noch das Glück in das Kriseninterventionszentrum zu kommen, die wirklich gute Arbeit machen und sehr niedrigschwellig sind und wo man hingehen kann und man auch kurzfristig Termine bekommt. Nur das ist eine Wiener Situation und das ersetzt nicht in Ihrem Bereich, glaube ich Bundesland, dass es eigentlich niedrigschwellige psychologische, aber auch psychiatrische Hilfe geben müsste.“ (FP20: 467-473)

Zusätzlich werden die Restriktion von Suizidmitteln und die Sicherung durch bauliche Maßnahmen von Orten genannt, an denen öfter Suizide begangen werden z.B. Brückensicherungen (FP18, FP21, FP25).

Es wird ein gesellschaftlicher Auftrag in der Suizidprävention ersichtlich. Dazu gehören politische Aufgaben sowie eine Veränderung und Erweiterung der Suizidprävention bis hin zu einer generellen Präventionsarbeit. Einen

besonderen Stellenwert erlangt die nun dargestellte *Normalisierung und Sensibilisierung* im Rahmen einer gendersensiblen Suizidprävention auf der Makroebene. Am Beginn der folgenden Beschreibung soll ein Zitat von einer Interviewperson stehen, welches die nun behandelte Thematik aussagekräftig beschreibt: „Aber ich glaube, dass es in der Gesellschaft irgendwo ein bisschen einen Platz haben muss, [...].“ (A24: 337f.) Die Haltung in der Gesellschaft gegenüber Krisen von Männern sollte sich verändern: weg vom Tabuisieren, Belächeln und Abwerten (A13, A22, A24, FP19) hin zu einem Akzeptieren von Krisen als Teil des Lebens. Zusätzlich braucht es mehr Realismus und ein Hinausschauen aus dem *Leben in Utopia* (ab Seite 74). Damit wird ein Heraustreten aus der Ausweglosigkeit möglich und Männer können leichter in die Krisenbewältigung kommen (A13, B6, FP14, FP15, FP17, FP18-20):

„[...] wahrscheinlich braucht es auch ein realistischeres Bild in der Gesellschaft, ahm was Krisen und Belastungen betrifft. Dass das einfach etwas sehr, sehr Menschliches ist, was Frauen und Männer betrifft und dass es eigentlich eine irrsinnige Ressource und eine Stärke ist, (1) ahm (3) die sich Menschen erarbeiten, wenn sie durch so etwas durchgegangen sind [...].“ (FP11: 81-85)

Die Interviewpersonen betonen die Normalisierung von unterschiedlichen Lebensentwürfen (FP19), psychischen Problemen und Erkrankungen (C9, FP15, FP18) und von Suizidgedanken:

„[...] in schwierigen Lebenssituationen ist es etwas absolut Normales über Suizid nachzudenken. Und Suizidgedanken zu haben heißt überhaupt nicht, dass man unmittelbar stationär behandelt werden muss, heißt überhaupt nicht, dass irgendwas fundamental bei mir kaputt ist, sondern das ist eine normale Reaktion auf schwierige Lebensumstände.“ (FP21: 78-82)

Gefordert werden eine zunehmende *Normalisierung und Sensibilisierung* gegenüber den Themenbereichen psychische Gesundheit, Krise und Suizidalität in der Gesellschaft, da dies insbesondere für Männer präventiv wirken würde. Im nächsten Abschnitt sollen nun drei Bereiche dargestellt werden, in denen es für eine gendersensible Suizidprävention diese ‚Normalisierung‘ oder Sensibilisierung braucht:

- Gesellschaftlich akzeptierte Hilfesuche und Hilfeannahme
- Erweiterung des Geschlechterverständnisses
- Öffentlichkeitsarbeit und Medien

11.3.1 Gesellschaftlich akzeptierte Hilfesuche und Hilfeannahme

Durch die geführten Interviews mit Männern wird der Wunsch nach einer gesellschaftlich akzeptierten Hilfesuche und Hilfeannahme in allen Altersgruppen offensichtlich (A13, A24, B4, B6, B7, C9):

„Wenn das eher normal werden würde. (2) Wenn ich sage, ich gehe zum Zahnarzt ein Service machen, (2) dass du sagst, ich gehe, wenn ich eine schwierige Situation, oder dass du einfach, wenn du einfach so routinemäßig Gespräche hättest. Dass du weißt, ich kann dahin gehen und ich werde für das aber nicht verurteilt. Also so wie bei ‚Two and a half man‘ ist das eigentlich, wenn du sagst, das ist fast cool, wenn er dahingeht (2). Aber wenn du das bei uns machst, ist das eher abnormal, wirst gleich eher abgestempelt.“ (B4: 222-228)

Die Fachpersonen äußern ebenfalls die Hoffnung nach einer Veränderung hin zu einer akzeptierten Vulnerabilität von Männern und einer dementsprechenden Hilfesuche und Hilfeannahme (FP11, FP14, FP17, FP19-21, FP25):

„Wenn sie das nicht mit Scham verbinden, es ihnen nicht peinlich ist, sondern dass sie es einfach als etwas sehen, dass jeden passieren kann, dass man in eine Krise kommt. Dass man dann Hilfe sucht, in Form von professioneller Unterstützung, [...]“ (FP14: 159-162)

Diesbezüglich soll der Umgang mit psychiatrischen Diagnosen und die bedarfsorientierte, regelmäßige Einnahme von Psychopharmaka selbstverständlich werden (B1, B4-7, FP17, FP18, FP21).

Es besteht der Wunsch nach einer *Normalisierung* von psychischen Problemen und Krisen und es wird eine akzeptierte Hilfesuche und Hilfeannahme in allen Befragungsgruppen gefordert. Dazu gehört neben der Annahme von professioneller Hilfe die Einnahme von Psychopharmaka bei Bedarf.

11.3.2 Erweiterung des Geschlechterverständnisses

Befürwortet werden differenzierte Männlichkeitsbilder bis hin zu genderneutralen Zugängen, die Akzeptanz von Anderssein, das Zugeständnis, Schwäche zeigen zu dürfen, und das Erlernen von Konfliktbewältigung (A13, FP11, FP17-19, FP23). In den nachfolgenden Zitaten wird der Umgang mit Schwächen und das Vorhandenseins von Geschlechterrollen in der Gesellschaft kritisch betrachtet:

„Ähm das heißt, wir brauchen ein anderes gesellschaftliches Klima, in dem man Schwächen vielleicht sogar als charmant betrachtet, wo man aber auf jeden Fall einmal, um es allgemeiner zu formulieren, ah die Bewertung von Anderssein ahm abschafft und hinter sich lässt.“ (FP17: 79-82)

„Und eines der Ziele, wie wir weitermachen müssen, ist, dass wir diese alten, tradierten, in uns steckenden ähm Rollen, Geschlechterrollen überwinden lernen. Und vielleicht wäre eine sozusagen Erkenntnis aus den schrecklichen und alarmierenden Zahlen, dass wir uns eben im Zuge der nötigen und richtigen Gleichberechtigung der Frau über die Neupositionierung

des Mannes genauso viel in der Gesellschaft engagieren (1) und beschäftigen und darüber nachdenken.“ (FP17: 293-299)

Als wichtig wird eine entsprechende Ausbildung in pädagogischen, psychologischen und medizinischen Bereichen genannt (FP20):

„Männer sind auch so wie Frauen Menschen, die Gefühle haben dürfen (klopft auf Tisch), die überfordert sein dürfen (klopft auf Tisch), die nicht immer alles bestimmen müssen (klopft auf Tisch) und das ist gar nicht gut (klopft auf Tisch), das ist gar nicht gesund (klopft auf Tisch) und da ist eigentlich das andere gesünder und so weiter. Da würde ich das bei den Schulen sehr stark sehen, [...]“ (FP20: 272-277)

Ebenfalls angegeben wird eine Gleichberechtigung der verschiedenen Geschlechter und deren Aufgaben und Verantwortungsbereiche in der Gesellschaft; Kindererziehung, Aufteilung der Karenzzeiten, Familienarbeit oder Einkommensunterschiede (FP17, FP20).

Es kommt in den geführten Interviews vor, dass die Verantwortung für die hohe Suizidrate von Männern den Frauen zugeschrieben wird (B7) und Männer eine wahrgenommene, ungerechte Behandlung ansprechen. Als Beispiele werden Quotenregelungen und andere Vorteile von Frauen bei Arbeitsstellen genannt (B7, C9). Von einer Fachperson wird der Wunsch geäußert, dass sich das Männerbild bei Frauen verändert und Männer in Bezug auf psychische Gesundheit vermehrt in den Fokus treten sollen:

„(11) Ja ich würde mir wünschen, dass sich das Männerbild insofern ein Stück ändert, auch von der Frauenseite. Dass die Frauen oft sehr im Fokus sind. Ich denke a Gleichberechtigung usw. ein irrsinnig wichtiges Thema ist, aber dass dann die Männer manchmal auch aus dem Fokus verloren gehen, was ihre seelische Gesundheit betrifft, dass auch sie eine Stütze brauchen und eine Unterstützung.“ (FP11: 427-432)

Geschlechterforschung und die Erweiterung des Geschlechterverständnisses sowie die Arbeit an differenzierten Männerbildern und Männlichkeiten zeigen sich durch die empirischen Daten als relevante Aspekte in der Suizidprävention. Die Suizidprävention würde von einer Erweiterung des Geschlechterverständnisses profitieren und ist aufgerufen, einen Beitrag zur Veränderung zu leisten.

11.3.3 Öffentlichkeitsarbeit und Medien

Von vielen Interviewpersonen werden die Öffentlichkeitsarbeit und Beiträge in Medien als wichtige Bereiche in der Suizidprävention genannt, um Männer niederschwellig und anonym erreichen zu können (A16, C8, FP14, FP15, FP18), z.B. männliche Rolemodels in Filmen und Serien, die Schwäche zeigen (A13, FP17, FP27). Es sollte Wissen über psychische Erkrankungen, Krisen und Suizidalität vermittelt werden und eine Bewusstseinsbildung hin zu einem differenzierteren Männerbild erfolgen (FP11, FP17, FP19-21, FP23). Auch

entsprechende Schulungen von Journalist*innen (FP17) und die Beteiligung von Expert*innen für Marketing und von Männern bei der Gestaltung von Öffentlichkeitsarbeit der Suizidprävention, werden befürwortet (FP25). Über Medien können Informationen, beispielsweise über Hilfsangebote, eingeholt werden. Die interviewten Männer sprechen dafür Plakate, Zeitungen, Postaussendungen, Radio, Fernsehen und das Internet an (A16, A24, B1, B4, B7, B10, B12). Befürwortet wird die Bewerbung von Hilfsangeboten:

„[...] zum Beispiel die Männerberatung viel mehr, (3) viel mehr Werbung dafür macht, [...]. Wie geil ist das Angebot eigentlich, dass es das gibt, prinzipiell. Ist ja nice. (3) Das weiß ja keiner, dass es das gibt. Wenn ich alle meine Freunde fragen würde, würden 97 Prozent die Männerberatung nicht kennen, (2) ist so.“ (A13: 645-650)

Die interviewten Fachpersonen nennen für das Erreichen von Männern mit Informationen Websites, Flyer, Radio, Plakate, Bücher und regionale Zeitungen (FP18, FP21, FP23, FP27). Eine besondere Bedeutung kommt dem Erreichen von Männern mit entsprechenden Medien zu, die sie vermehrt konsumieren:

„Nämlich, dass wir es zu einem Thema für unsere Unterhaltungsindustrie machen, in dem wir es zu einem Thema äh populärwissenschaftlicher Arbeit machen. Also nicht in wissenschaftlichen Journals, das ist ja reines Onanieren, sondern in ah Dokujournals, in Nachrichtenmagazinen, [...] in Netflixserien.“ (FP17: 316-320)

Entsprechend der Digitalisierung in der Gesellschaft und der Niederschwelligkeit, wird Social Media als Möglichkeit, Männer mit Informationen und Rolemodels zu erreichen, genannt. Es wird eine entsprechende altersspezifische Gestaltung angesprochen (A13, A16, B4, FP15, FP17, FP18, FP21, FP27). Ein Mann aus der Altersgruppe 24 bis 30 Jahren beschreibt das Potential von Social Media:

„[...]], dass du die probierst bei so niederschweligen Apps, sage ich, weiß nicht, so wie TikTok, Snapchat und was da nicht alles, Instagram und was es da alles gibt, sie zu erreichen. Weil so erreichst halt einfach einmal die Masse. Und man muss die Masse erreichen, wenn man so ein gesellschaftliches Umdenken machen muss. Und besser noch die Jungen noch als die Alten, weil das ist nichts, was man jetzt, von heute auf morgen irgendwie ändern kann, sondern das ist ein langwieriger Prozess, der dann schleichend dann in der Gesellschaft ist.“ (A13: 107-113)

Eine Chance der Suizidprävention liegt darin, durch Öffentlichkeitsarbeit Männer niederschwellig und anonym mit Informationen zu erreichen, beispielsweise durch Plakate oder Social Media. Öffentlichkeitsarbeit im Sinne von Beiträgen in unterschiedlichen Medien scheint damit das Potential zu haben positive gesellschaftliche Veränderungen im Rahmen der Suizidprävention zu vollbringen.

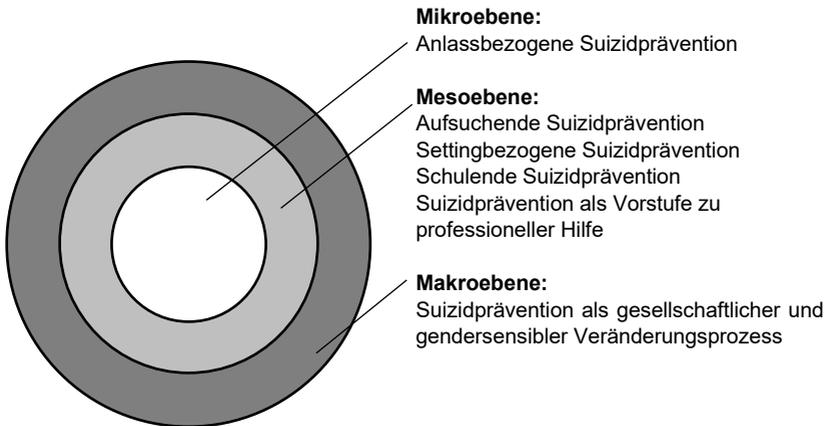
Die Überlegungen auf der Makroebene umfassen damit insbesondere einen gesellschaftlichen und gendersensiblen Veränderungsprozess. Dementsprechend liegt der Fokus der Forschungsergebnisse auf einer *Normalisierung und Sensibilisierung* dem beforschten Themenbereich gegenüber. Auf

gesellschaftlicher Ebene müssen Krisen, Suizidalität und in weiterer Folge eine entsprechende Hilfesuche und Hilfeannahme als Teil des (männlichen) Lebens akzeptiert werden. Einen großen Beitrag für diese Entwicklung kann Öffentlichkeitsarbeit bieten, beispielsweise in Bezug auf die Erweiterung des Geschlechterverständnisses mit gendersensiblen und genderneutralen Zugängen.

Ersichtlich werden vor allem auf der Makroebene die Verbindungen zur Mikro- und Mesoebene. Viele Bereiche, die im Rahmen anderer Ebenen präsentiert wurden, wären Voraussetzungen für das Erreichen einer generellen Prävention auf der gesellschaftlichen Ebene. Beispielsweise die frühe Vermittlung von Lebenskompetenzen oder die Verfügbarkeit von Vorbildern.

Die im *Präventionsmodell mit einer gendersensiblen Ausrichtung auf Männer* dargestellten verschiedenen Ansätze der Suizidprävention werden in der folgenden Abb. 46 zusammenfassend dargestellt. Diese sind entsprechend dem Forschungsvorhaben auf Menschen ausgerichtet, die vermehrt nach dem *Männerbild der Stärke und Unverletzlichkeit* leben:

Abb. 46: Verschiedene Ansätze der Suizidprävention auf Mikro-, Meso-, Makroebene (eig. Darst.)



Ersichtlich werden die vielseitigen Ansatzpunkte einer Suizidprävention auf den verschiedenen Ebenen. Diesbezüglich gibt es Überschneidungen zwischen den einzelnen Ebenen. Beispielsweise könnte die Vermittlung der Inhalte auf der Mikroebene durchaus auf der Mesoebene, im Sinne von suizidpräventiven Angeboten, erfolgen.

11.4 Unterschiede und Auffälligkeiten in den Befragungsgruppen

Die dargestellte gendersensible Suizidprävention mit dem Fokus auf Männer im *Präventionsmodell* soll nun anhand von Unterschieden und Auffälligkeiten in den Befragungsgruppen betrachtet werden. Auf der Mikroebene wird die Bedeutsamkeit von Vorbildern von den interviewten Männern aller Altersgruppen und Fachpersonen genannt, betont wird dabei immer wieder, wie wichtig ein offener Umgang mit Krisen wäre. Die interviewten Männer beschreiben in allen Altersgruppen männliche Vorbilder, denen ein Können zugeschrieben wird. Damit zeigen sich in dieser Unterkategorie keine Auffälligkeiten in den Befragungsgruppen. Der Umgang mit Hinterbliebenen nach einem Suizid wird nur von zwei interviewten Männern aus der Altersgruppe 40 bis 60 Jahren und einer Fachperson angesprochen. Der Umgang mit Überlebenden nach einem Suizidversuch wird von je einer Person aller Befragungsgruppen genannt. Eine notwendige Normalisierung von Suizidgedanken wird allerdings nur von den interviewten Fachpersonen thematisiert. Überlegungen zum Umgang für Helfende mit Krisen und Suizidalität werden umfangreicher in den Interviews diskutiert. Ein notwendiger niederschwelliger Zugang zu Expert*innenwissen wird bei allen Befragungsgruppen, außer den interviewten Männern aus der Altersgruppe 70 bis 90 Jahren, angegeben. Viele Kodierungen finden sich vor allem zu den Grenzen der Hilfestellung. Fast alle interviewten Männer (11 von 15) äußern sich dazu, jedoch nur eine interviewte Fachperson. Ebenfalls bei der vergleichenden Betrachtung des Umgangs mit „*Dorfgeleber*“ und der *Sehnsucht nach einer Erklärung von Suizidalität* werden Auffälligkeiten ersichtlich: Von fast allen interviewten Männern (außer der Interviewperson B10) werden diese Thematiken angesprochen. Während der Umgang mit dem „*Dorfgeleber*“ von keiner Fachperson genannt wird, beschäftigen sich immerhin sieben Fachpersonen mit der *Sehnsucht nach einer Erklärung von Suizidalität*.

Auf der Mesoebene finden sich zusätzliche Unterschiede und Auffälligkeiten. So nehmen die interviewten Männer auf der organisatorischen Ebene viel mehr die Einbettung von suizidpräventiven Angeboten in ihnen bekannte Lebenswelten in den Blick. Deren Einbettung in den Bereichen Arbeit/Ausbildung wird von allen Befragungsgruppen angesprochen, aber nicht von den interviewten Männern aus der Altersgruppe 70 bis 90 Jahren. Der Gesundheitsbereich wird vorrangig von den Fachpersonen diskutiert, die auch die Ausrichtung präventiver Angebote anhand von Risikobereichen von Männern hervorheben. Anhand der folgenden Abb. 47 wird ersichtlich, dass die interviewten Männer und Fachpersonen eine große Schnittmenge an genannten Orten haben, an denen Männer mit präventiven Angeboten erreicht werden können. Dies betrifft vor allem die Lebenswelten in den beschriebenen Bereichen.

Risikobereiche, die Schulung von Multiplikator*innen sowie Angebote in Heimen und bei der Polizei werden nur von den interviewten Fachpersonen genannt. Im Gegensatz dazu werden Erste-Hilfe-Kurse nur von einem interviewten Mann als mögliches Beispiel für eingegliederte suizidpräventive Beiträge vorgeschlagen:

Abb. 47: Mesoebene; Erreichen von Männern mit präventiven Angeboten; Vergleich der Befragungsgruppen der Männer und Fachpersonen (eig. Tabelle)

Erreichen von Männern mit präventiven Angeboten		
Vergleich der Befragungsgruppen der Männer und Fachpersonen		
<i>Männer</i>	<i>Gemeinsame Codes</i>	<i>Fachpersonen</i>
Erste Hilfe Kurs	über das Umfeld	Ansatz an Rollen und Funktionen z.B. Polizei
	Ärzt*innen, Vorsorgeuntersuchungen	Schulungen von Multiplikator*innen
	Vereine	Aktivitäten gegen Einsamkeit
	AMS/BFI	Existenzielle Sicherheit
	Gasthaus	Heime
	Arbeit/Ausbildung	Kränkendes Erleben
	Kindergarten, Schule, Studium	Sicherung von Hotspots für Suizide
	Gemeinde, Pfarre	
	Hauskrankenpflege	
	Landwirtschaftskammer	

Die Darstellung, dass Suizidprävention bereits als Hilfe gesehen wird, findet sich in allen Befragungsgruppen, auch bei den interviewten Fachpersonen. Bei der inhaltlichen Ausgestaltung von präventiven Angeboten zeigt sich eine gleichmäßige Verteilung auf alle Befragungsgruppen bei der Thematisierung von Fakten und Informationen über Hilfsangebote. Auffällig ist, dass sich interviewte Männer aus der Altersgruppe 70 bis 90 Jahren nur demgegenüber äußern und keine weiteren Angaben zur inhaltlichen Gestaltung machen. Eine lebensnahe und unpersönliche Gestaltung der Angebote wird nur von den interviewten Männern aus der Altersgruppe 40 bis 60 Jahren und den Fachpersonen angesprochen. Vor allem die interviewten Fachpersonen (nur ein interviewter Mann äußerte sich dazu) bringen die frühe Vermittlung von Lebenskompetenzen als Aufgabe von präventiven Angeboten ein.

Auf der Makroebene werden von allen Befragungsgruppen eine *Normalisierung und Sensibilisierung*, bezogen auf die Themenbereiche psychische Gesundheit, Krisen und Suizidalität, gefordert. Dies betrifft zusätzlich den Wunsch nach einer akzeptierten Hilfesuche und Hilfeannahme. Eine

Unterscheidung in den Befragungsgruppen besteht nur darin, dass die Einnahme von Psychopharmaka nur von den beiden Befragungsgruppen der Fachpersonen und den interviewten Männern aus der Altersgruppe 40 bis 60 Jahren genannt wird. Die Erweiterung des Geschlechterverständnisses wird zwar von allen Befragungsgruppen angesprochen, jedoch nur von je einem Mann der interviewten Altersgruppen. Überlegungen zur Öffentlichkeitsarbeit finden sich bei allen Befragungsgruppen. Auffallend ist, dass sich vor allem interviewte Männer aus der Altersgruppe 24 bis 30 Jahren damit beschäftigten und sich nur ein Mann aus der Altersgruppe 70 bis 90 Jahren dazu äußerte.

Zusammenfassend zeigt sich durch die empirischen Daten, dass für viele interviewten Männer der Umgang mit Krisen und Suizidalität im Alltag ein relevanter Themenbereich ist. Die interviewten Fachpersonen bestätigen diese Sichtweise teilweise und bringen den eigenen Schwerpunkt der Normalisierung von Suizidgedanken ein. Die Relevanz eines adäquaten Umgangs mit dem „Dorfgelaber“ wird von den Fachpersonen nicht thematisiert. Offensichtlich wird durch den Vergleich, dass es wenige Unterschiede in den Befragungsgruppen gibt und sich Unterschiede meist mit den jeweiligen Lebensbezügen erklären lassen, z.B. stellen Männer aus der Altersgruppe 70 bis 90 Jahren wenig Bezüge zum Arbeitsbereich her. Allgemein hat diese Altersgruppe wenig Vorstellungen, wie suizidpräventive Angebote inhaltlich und organisatorisch gestaltet werden könnten, um Männer zu erreichen. Die interviewten Männer orientieren sich bei der Organisation vermehrt an der Einbettung in bewährte Strukturen ihrer Lebenswelten. Bei Fachpersonen passiert die Ausrichtung vermehrt an bestimmten Risikofaktoren. Auffällig in allen Befragungsgruppen ist die Bewertung von Prävention als Hilfeannahme.

Wie bei den vorangegangenen Modellen sollen nun ebenfalls zusammenfassend die zentralen Unterschiede und Auffälligkeiten in den Befragungsgruppen beim *Präventionsmodell mit einer gendersensiblen Ausrichtung auf Männer* übersichtlich in der Abb. 48 dargestellt werden:

Abb. 48: Präventionsmodell; Zentrale Unterschiede und Auffälligkeiten in den Befragungsgruppen

Zentrale Unterschiede und Auffälligkeiten

Gemeinsamkeiten in allen Befragungsgruppen

Vorbilder sind für Männer für ihre eigene Krisenbewältigung bedeutsam und werden als Männer mit Können und Stärke definiert.

Der Umgang mit Überlebenden nach einem Suizidversuch wird von Männern aller Altersgruppen als relevant bezeichnet.

Der Umgang von helfenden Personen mit Krisen und Suizidalität beschäftigt alle Befragungsgruppen. Insbesondere die Grenzen der Hilfestellung sind eine relevante Thematik.

Nach den interviewten Männern aller Altersgruppe müssen suizidpräventive Angebote in die Lebenswelten von Männern eingebettet werden.

Suizidprävention wird als Hilfe angesehen.

Fakten und Informationen über Hilfsangebote sind ein wichtiger Teil von suizidpräventiven Angeboten.

Eine *Normalisierung und Sensibilisierung* der Themen psychische Gesundheit, Krisen und Suizidalität werden in allen Befragungsgruppen gefordert. Der Wunsch nach einer akzeptierten Hilfesuche und Hilfeannahme besteht.

24-30-jährige Männer

Vor allem diese Altersgruppe äußert sich zu einer suizidpräventiven Öffentlichkeitsarbeit.

40-60-jährige Männer

Ein guter Umgang mit Hinterbliebenen erscheint als wichtiger suizidpräventiver Beitrag.

Eine lebensnahe und unpersönliche Gestaltung von suizidpräventiven Angeboten wird nur von interviewten Männern dieser Altersgruppe und den Fachpersonen angesprochen.

70-90-jährige Männer

Nur Männer dieser Altersgruppe erwähnen nicht, dass es einen niederschweligen Zugang zu Expert*innenwissen braucht.

Es bestehen wenige Vorstellungen dazu, wie suizidpräventive Angebote gestaltet werden könnten.

Fachpersonen

Die Normalisierung von Suizidgedanken ist ein relevanter suizidpräventiver Bereich.

Ein adäquater Umgang mit „Dorfgelehrten“ wird von keiner Fachperson angesprochen, sie konzentrieren sich vermehrt auf die Thematisierung der Sehnsucht nach einer Erklärung von Suizidalität.

Männern können durch den Ansatz von präventiven Angeboten an Risikobereichen für Suizidalität erreicht werden.

Die Schulung von Multiplikator*innen, Angebote in Heimen und bei der Polizei werden nur von den interviewten Fachpersonen genannt.

Die frühe Vermittlung von Lebenskompetenzen ist eine zentrale Aufgabe präventiver Angebote.

11.5 Diskussion der Ergebnisse: Präventionsmodell

Allgemein lässt sich die Wirksamkeit von Suizidprävention, aufgrund ihrer vorbeugenden, zukunftsorientierten Ausrichtung, schwer erfassen. Es zeigen sich jedoch Hinweise auf deren Wirksamkeit, beispielsweise stiegen nach der breiten Informationskampagne zu Suizidalität von *SUPRO - Gesundheitsförderung und Prävention* (2024) im Jahr 2022 in Vorarlberg die Anrufe bei der Telefonseelsorge um 75% und die Annahme von Beratungen im Rahmen von *SUPRO - Gesundheitsförderung und Prävention* um 110%. Außerdem wurde die Website *bittlebe* (2024) viel öfter besucht und die Anfrage an Weiterbildungen zum Thema Suizidalität stieg (vgl. BMSGPK 2023: 23f.). Damit wird auch die besondere Bedeutung von Öffentlichkeitsarbeit in der Suizidprävention nach den empirischen Daten bestätigt. Es gibt außerdem erste Hinweise, dass das Projekt *GO-ON Suizidprävention Steiermark* zu der Senkung der Suizidrate in der Steiermark beiträgt (vgl. Watzka 2022: 168-177). Dafürsprechen könnte, dass die Steiermark im Jahr 2022 keinen statistisch signifikanten Anstieg der Suizide aufweist (vgl. Statistik Austria 2023). Ein Vergleich mit Deutschland zeigt, dass auch hier die Suizidraten gestiegen sind (vgl. DESTATIS Statistisches Bundesamt 2024). Für eine weitere Bewertung dieser Entwicklung müssen die Daten der Folgejahre einbezogen werden. Teilweise wird bestehende Suizidprävention auch kritisiert:

„We have attended suicide conferences where the failure is acknowledged—admissions that what we are doing isn’t working—while paradoxically calling for more of the same. Prevention, we hear, are not to scale, are aimed too narrowly or not being rolled out nationally and internationally, they’re missing the target audience; messages need refinements and refocusing; it is a problem of marketing and communications rather than the worthiness of suicide prevention campaigns.“ (Tatz/Tatz 2019: 118)

Die Annahme, dass Männer weniger von der aktuellen Gestaltung von Suizidprävention profitieren, begründet sich in der hohen Suizidrate von Männern, deren langsameren Reduktion als bei Frauen und die geringe Inanspruchnahme bei Männern von suizidpräventiven Angeboten. Dies kann als strukturelle Diskriminierung benannt werden. Durch Expert*inneninterviews und Gespräche mit Mitarbeiter*innen von Suizidpräventionsprojekten zu internen Evaluationen wurde etwa ersichtlich, dass sich nur ca. ein Viertel der erreichten Personen durch suizidpräventive Angebote dem männlichen Geschlecht zuordnet. Aktuelle Evaluationen von *GO-ON Suizidprävention Steiermark* (2024b) zeigen, dass ein Fokus bei der Organisation von suizidpräventiven Angeboten auf Männer durchaus deren Teilnehmeanzahl steigern kann.

Für eine effiziente und effektive Suizidprävention, die auch die Risikogruppe der Männer erreicht, braucht es somit eine Veränderung. Im *Präventionsmodell einer gendersensiblen Ausrichtung auf Männer* werden bestehende Strategien der Suizidprävention teilweise bestätigt. Vor allem bieten sich

jedoch Hinweise für eine Suizidprävention, von der Männer profitieren würden. Diese zeigen Überlegungen im Rahmen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Die eingeteilten Ebenen der Suizidprävention auf Mikro-, Meso-, Makroebene lassen sich nur analytisch voneinander abgrenzen. In der Umsetzung der Überlegungen auf den unterschiedlichen Ebenen sind diese miteinander verflochten. In den folgenden Abschnitten werden die jeweiligen Forschungsergebnisse zur Diskussion gestellt:

Das Potential der Papageno-Effekte im Alltag

Gatekeeper zu schulen, ist ein bestehender Zugang in der Suizidprävention (vgl. Gerngroß 2020a: 8). Gemeint ist damit, Personen, die Schlüsselpositionen in einer Gemeinde innehaben, im Erkennen und Reagieren auf Suizidalität zu schulen (z.B. Lehrpersonal, Gesundheitspersonal, Einsatzkräfte). Die Ergebnisse der vorliegenden Forschung deuten darauf hin, dass Schulungen vermehrt auf die Allgemeinbevölkerung und ihr alltägliches Erleben von Krisen und Suizidalität ausgerichtet sein müssten. Es gibt viele verschiedene Anlässe und Momente, in denen Menschen in Kontakt mit diesen Themen kommen. Ausgegangen werden kann von einer hohen Anzahl von unmittelbaren und mittelbaren Betroffenen nach Suiziden und Suizidversuchen. Interne Evaluationen von *GO-ON Suizidprävention Steiermark* (2024b) zeigen, dass ca. 70% der Teilnehmer*innen von Angeboten eigene Erfahrungen mit dem Thema Suizidalität haben, d.h. diese Personen sind selbst von Suizidalität betroffen oder wurden mit dem Thema durch ihr Umfeld konfrontiert. Der Fokus der *Papageno-Effekte im Alltag* zeigt sich im Nutzen dieser persönlichen und alltäglichen Berührungspunkte. Der Schwerpunkt liegt im Erlernen eines suizidpräventiven Umgangs mit diesen Situationen. Benötigt werden verständliche, umsetzbare Antworten auf die Fragen, die viele Menschen im Alltag beschäftigen. Anschließend sollen diese konkreten Fragen zusammengefasst und erste Antworten anhand von Forschungsergebnissen und Literatur dargestellt werden:

- *Wie soll mit Suizidgedanken oder Suizidäußerungen umgegangen werden? Und wie soll Überlebenden nach einem Suizidversuch und Hinterbliebenen nach einem Suizid begegnet werden?*

Interviewte Fachpersonen fordern eine Normalisierung von Suizidgedanken. Viele Menschen erleben Suizidgedanken in Krisen und es kommt viel mehr auf den Umgang damit an (vgl. Wedler 2017: 53). Konkrete Suizidgedanken und Suizidankündigungen müssen immer ernstgenommen werden. Reichel (2018) beschreibt dazu, dass bereits ein Gespräch mit Zuhören und Nachfragen hilft und ansonsten professionelle Hilfe aufgesucht werden sollte (vgl. Reichel 2018: 211). Ab Seite 145 finden sich weitere Anregungen für die Gestaltung der Hilfestellung. Mit Überlebenden nach einem Suizidversuch und

Hinterbliebenen nach einem Suizid sollte zügig nach dem Ereignis wieder Kontakt aufgenommen werden. Mit diesen Personengruppen soll nicht anders umgegangen werden als mit Menschen in Krisen oder in Trauerprozessen nach einem ‚natürlichen‘ Tod. Nach Karnholz (2020) sind Suizidhinterbliebene oft einem erschwerten Trauerprozess, verbunden mit Vorwürfen und Schuldgefühlen, ausgesetzt. Zusätzlich werden sie von Personen in ihrem Umfeld möglicherweise gemieden (vgl. Karnholz 2020: 252-255). Die Gestaltung des Kontakts soll nach den Möglichkeiten der helfenden sowie betroffenen Person ausgerichtet sein. Neben der Erfüllung alltäglicher Bedürfnisse, Unterstützung bei der Bewältigung, z.B. durch Ablenkung, sollte das Erlebte nicht verdrängt, sondern aufgearbeitet werden. Dafür eignen sich Beratungen, Selbsthilfegruppen oder spezielle Angebote. Studien zeigen, dass Geheimhaltung und ein Suizidstigma zu Trauerschwierigkeiten und höherer Suizidgefahr bei Hinterbliebenen nach einem Suizid führen (vgl. Oexle/Feigelman/Sheehan 2020: 251f.). Diesbezüglich müssen Hinterbliebene nach einem Suizid im Sinne einer Postvention beachtet werden, beispielsweise durch mehrmalige Gesprächsangebote und Verständnis für verschiedenste Gefühle (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorfer 2022: 249). Nach den empirischen Daten sollten entsprechende Schulungen oder Beratungen zum Umgang mit diesen Personengruppen mit konkreten Handlungsempfehlungen stattfinden. Enthalten sein sollten auch Informationen zu Fakten, wie beispielsweise zu Hintergründen von Suizidalität und dem Trauerprozess von Hinterbliebenen nach einem Suizid.

- *Wie soll mit „Dorfgeleber“ nach Suizidversuchen oder Suiziden umgegangen werden? Und wie kann auf die Sehnsucht nach Erklärungen für Suizidalität reagiert werden?*

Das Thema Suizidalität ist trotz seiner Tabuisierung ein Thema, über das im Alltag gesprochen wird. In den beforschten Regionen wird in informellen Settings von Suiziden berichtet und über mögliche Hintergründe spekuliert. Diese informelle Berichterstattung im Alltag hat ein großes Potential, suizidpräventiv genutzt zu werden: Wenn das Thema Suizidalität angesprochen wurde, geht es darum, wie das Gegenüber reagiert. Wie in der Medienberichterstattung zum Thema Suizidalität angeregt wird, muss von einer guten Schlagzeile und einer Sensationsgier weggegangen werden und es zu einer Umwandlung in einen suizidpräventiven Moment kommen. Im Sinne der Forschungsergebnisse zu den *Papageno-Effekten im Alltag* würde das zum Beispiel bedeuten, in diesem Kontext über Hilfsangebote aufzuklären. Zusätzlich zeigen die empirischen Daten, dass der Umgang mit der *Sehnsucht nach einer Erklärung von Suizidalität* eine relevante Thematik darstellt.

Wolfersdorf/Etzersdorfer (2022) führen dazu aus, dass Erklärungen für Suizidalität oft ausbleiben und die Hintergründe unzulänglich geklärt werden können (vgl. Wolfersdorf/Etzersdorfer 2022: 249). Manchmal wird versucht, Erklärungen und Entlastung durch Abschiedsbriefe oder Gespräche mit dem Umfeld der durch einen Suizid verstorbenen Person zu bekommen. Oft kann die Frage nach den Gründen nicht (ausreichend) beantwortet werden. Nach den Forschungsergebnissen ist diese Frage jedoch etwas, das die Menschen beschäftigt, sie neugierig macht und berührt. Dies würde ein gutes Potential bieten, um *Papageno-Effekte im Alltag* zu indizieren und dementsprechend darauf zu reagieren. In den geführten Interviews wurde als Erklärung für die hohe Suizidrate von Männern immer wieder auf einen leichteren Zugang zum Tod und eine Fähigkeit zum Suizid hingewiesen. Diese Fähigkeit zum Suizid ist auch ein wichtiger Bestandteil der *Interpersonal Theory of Suicide* nach Joiner (2005). Eine aktuelle Studie deutet demgegenüber auf keinen Zusammenhang zwischen mehr Schmerztoleranz und Suizidalität hin (vgl. Risch et al. 2024: 6ff.). In Bezug auf die höhere Anzahl von Suizidversuchen bei Frauen entsteht zusätzlich die Überlegung, dass sich Frauen vermehrt mit dem Thema Suizidalität auseinandersetzen. Vielleicht geht es darum, den Suiziden von Männern das ‚Tödliche‘ zu nehmen. Entsprechend der Ergebnisse der vorliegenden Forschung kann dies einer Suizidprävention direkt in der Familie entsprechen. Zum Beispiel durch die Restriktion von Suizidmitteln vor Ort und das Ernstnehmen von Suizidäußerungen. Männer sollten frühzeitig die Möglichkeit eines Hilferufs haben. Mögliche Erklärungsansätze von Suizidalität finden sich ab Seite 18 im theoretischen Bezugsrahmen.

- *Inwiefern sind Vorbilder relevant für den eigenen Umgang mit Krisen?*
Die empirischen Daten zeigen, dass Vorbilder für den eigenen Umgang mit Krisen besonders relevant sind. Das damit verbundene Identifikationslernen ist nicht steuerbar und führt zur Bildung der eigenen Geschlechteridentität und des männlichen Habitus (vgl. Böhnisch 2015: 46). Jungen suchen Männlichkeiten zur Orientierung für ihre eigene Entwicklung, die sie schließlich abwandeln und neu entstehen lassen (vgl. Jantz/Brandes 2006: 113). Sie brauchen männliche Vorbilder, die sich mit Stärken und Schwächen zeigen. Auch die alltäglichen Nöte von Vätern oder anderen männlichen Bezugspersonen müssen sichtbar werden (vgl. Böhnisch 2013: 92f.). Außerdem müssen Geborgenheit, Gefühle, Zuwendung und Schwächen bei beiden Geschlechtern wahrgenommen werden können (vgl. ebd.: 181). Die vorliegenden Forschungsergebnisse ergaben jedoch, dass sich Vorbilder für Männer vor allem durch Können und Stärke auszeichnen. Die

interviewten Männer nannten ausschließlich männliche Vorbilder. Dies führt zur Annahme, dass es männliche Vorbilder braucht, die ihre Männlichkeit, ihr Können und ihre Stärke präsentieren und damit Identifikation und Anerkennung ermöglichen. Um *Papageno-Effekte des Alltags* zu erzielen, müssten sich diese Vorbilder zusätzlich durch das Zeigen und Akzeptieren von Schwäche, Hilfeannahme und einer erfolgreichen Krisenbewältigung auszeichnen. Dementsprechend ist das Auftreten von Männern, die von ihren bewältigten Krisen beispielsweise in Videos erzählen, sicherlich ein guter suizidpräventiver Ansatz. Winter (2016a) spricht die geringe Anzahl von männlichen Vorbildern für Jungen als problematisch an. Dadurch können idealisierte Vorstellungen schwerer mit der Realität abgeglichen und schwerer erkannt werden, dass Frauen und Männer gar nicht so verschieden sind (vgl. Winter 2016a: 45). Personen mit Suizidfällen in den eigenen Familien, gehören selbst zur Risikogruppe für Suizidalität (vgl. Reichel 2018: 203). Denn durch das Lernen am Modell passiert eine unbewusste oder bewusste Orientierung an Handlungen oder Haltungen von anderen Menschen (vgl. Waibel 2017: 284). Notwendig ist ein offener und reflektierter Umgang mit Suizidalität in den betroffenen Familien. Die Forschungsergebnisse zeigen, dass Suizidfälle in den Familien meistens verheimlicht und nicht aufgearbeitet werden. Dementsprechend wäre die aktive Unterstützung dieser Familien ein wichtiger suizidpräventiver Beitrag.

- *Was wird gebraucht, um Menschen in Krisen helfen zu können?*
Helfende Personen benötigen Wissen, um Menschen in Krisen helfen zu können. Infolgedessen wäre ein niederschwelliger Zugang zu Wissen über das Thema Suizidalität und Informationen über Hilfsmöglichkeiten bedeutsam. Nach den Ergebnissen einer Studie würden vor allem Männer von einem Abbau von Suizidmythen profitieren (vgl. Nicholas et al. 2020: 10). Entsprechend den empirischen Daten wäre ein niederschwelliger Zugang zu Expert*innenwissen zum Thema Suizidalität vorteilhaft. Der zweite Bereich, der helfende Personen betrifft und die interviewten Männer sehr beschäftigte, sind die Grenzen der Hilfestellung. Helfende Personen sollten im Erkennen der eigenen Grenzen und im Umgang damit geschult werden. Der erschwerte Zugang zu Männern in Krisen sowie die Hilfeablehnung könnten wichtige zu erarbeitende Themen sein. Beispielsweise hinsichtlich des sozialkonfliktären Suizids mit manipulativen Suiziddrohungen (vgl. Gerngroß 2020b: 30) ist es besonders für Helfende bedeutsam, auf sich selbst zu achten.

Die Ergebnisse auf der Mikroebene deuten darauf hin, dass im Fokus der Suizidprävention vermehrt die Anwendung und Vermittlung praktischer Kompetenzen hinsichtlich Kommunikation im Alltag über Suizidalität stehen sollten. Dadurch könnten Synergieeffekte durch die *Papageno-Effekte im Alltag* im Rahmen alltäglicher Berührungspunkte mit Suizidalität genützt und angewendet werden.

Präventive Angebote in den Lebenswelten

Die Forschungsergebnisse zeigen eine notwendige *aufsuchende und settingbezogene Suizidprävention* in den Lebenswelten der Männer und/oder eine Eingliederung in bestehende Angebote, beispielsweise in Erste-Hilfe-Kursen. Das Erreichen von Personengruppen in ihrem Lebenskontext wird als *settingbezogene Gesundheits-, oder Präventionsarbeit* bezeichnet z.B. im Bildungsbereich oder in der Erwerbsarbeit (vgl. Altgeld 2006: 91). Gesundheitlichen Themen sollten am Arbeitsplatz, beispielsweise beim Übergang in die Pension, eingebracht werden (vgl. Heesen 2022: 261f.). Die interviewten Männer nennen vorwiegend den Arbeitsplatz oder Ausbildungsorte für das Erreichen von Männern mit präventiven Angeboten. Als ebenfalls dafür relevant wird der medizinische Bereich angeführt (vgl. ebd.: 262). Dieser wird in der vorliegenden Forschung fast ausschließlich nur von den interviewten Fachpersonen erwähnt. In der Literatur wird die notwendige Organisation einer niederschwelligen, medizinischen Primärversorgung hinsichtlich einer Suizidprävention im Alter betont. Hervorgehoben wird die Bekanntheit, Zusammenarbeit und Koordination verschiedenster Anbieter aus dem medizinischen und psychosozialen Bereich mit Einbettung von Suizidprävention und Krisenhilfe (vgl. Erlemeier 2002: 253-267). An dieser Stelle soll auf die Primärversorgungszentren in Österreich verwiesen werden (vgl. BMSGPK 2024a), denn sie erscheinen in Bezug auf die Forschungsergebnisse vor allem für ältere Männer das Potential zu haben, suizidpräventiv zu wirken. Zusätzlich werden von den Interviewpersonen Vereine als Lebenswelten genannt, in denen Männer mit Suizidprävention erreicht werden können. Ein aufsuchender Zugang, z.B. Angebote bei der Feuerwehr, wird ebenfalls erwähnt (vgl. Hofer 2005: 67). Am Beispiel der Feuerwehren führt Geyer (2020) dazu aus, dass Enttabuisieren von Suizidalität und Erkennen von Warnsignalen bei Einsatzkräften wichtig wären. Die grundsätzliche Wahrnehmung von Unverwundbarkeit und Funktionieren bei Einsatzkräften muss manchmal einem achtsamen Umgang, einem aufeinander Achten außerhalb des Einsatzgeschehens weichen (vgl. Geyer 2020: 221f.). Diese Überlegungen entsprechen aktuellen Bemühungen im Rahmen der Suizidprävention, um Männer zu erreichen. Die vorliegenden empirischen Daten heben klar hervor, dass dies die einzige Möglichkeit ist, Männer überhaupt mit suizidpräventiven Angeboten zu erreichen. Es braucht ein Bewusstsein für die

Organisation von Veranstaltungen in Bezug auf einen inklusiven (z.B. Angebot direkt bei der Arbeitsstelle) oder exklusiven Charakter (z.B. öffentliche Veranstaltung). Fachpersonen heben zusätzlich das Erreichen über Funktionen, wie eine Vereinstätigkeit, hervor, und ergänzen diese Sichtweise durch das Ansetzen an Risikobereichen für Männer. Lebensereignisse wie Trennungen, Verlusterlebnisse, existentielle Probleme, Kündigungen oder Pensionsantritte könnten als präventive Bereiche genutzt werden.

Im Vordergrund der Organisation von suizidpräventiven Angeboten für Männer muss die Niederschwelligkeit sein. Dies betrifft die Möglichkeit der anonymen Teilnahme, einen passenden Zeitpunkt und einen ansprechenden Titel. Angebote sollen sich nach Böhnisch (2015) an der Erfahrungswelt der Männer orientieren (vgl. Böhnisch 2015: 156). Dazu werden Begrifflichkeiten wie Training oder Coaching genannt.

Die Forschungsergebnisse verweisen auf eine *schulende Suizidprävention*. Männer könnten durch die Schulung von Hausärzt*innen oder anderen Gatekeepern profitieren. Entsprechend zeigen Studien, dass Männer Hausärzt*innen eher aufsuchen (vgl. Reily et al. 2023: 6). Da Frauen eine große Bedeutung im Rahmen der Hilfestellung für Männer haben, könnten diese eine wichtige Gruppe sein, die geschult werden sollte. Themen für derartige Schulungen sind Hintergründe und Umgang mit der erschwerten Hilfeannahme von Männern, Warnsignale und Informationen über informelle und professionelle Hilfe. Auch Böhnisch (2015) nennt Schlüsselpersonen als vorteilhaft für den Zugang zu Männern, z.B. haben Trainer*innen in Vereinen Einfluss auf Männer und könnten Multiplikator*innen sein (vgl. Böhnisch 2015: 191).

Der aufsuchende Zugang in der Prävention entspricht dem aufsuchenden Zugang im Rahmen der Hilfestellung. Die Teilnahme an suizidpräventiven Angeboten wird von Männern bereits als Hilfeannahme gewertet. Aufgrund der erschwerten Hilfeannahme von Männern in Krisen, die im *Erklärungsmodell* dargestellt wurden, erklärt dies die geringe Teilnahme bei Veranstaltungen zu Themen wie Krisen und Suizidalität. Hinzu kommt eine erwartete Problemzuschreibung von außen. Nach den Forschungsergebnissen kann *Suizidprävention als Vorstufe zu professioneller, psychosozialer Hilfe* betrachtet werden und umfasst die Gestaltung, Bewerbung und den Zugang zu Hilfsangeboten.

Die frühe Vermittlung von Lebenskompetenzen ist nach den Forschungsergebnissen für Männer besonders relevant und zeigt sich in der frühen Aneignung von Verhalten in Bezug auf den Umgang mit Krisen als prägend (vgl. Voigt-Kehlenbeck 2008: 152). Auch in der Suchtprävention wird für die Lebensbewältigung die Förderung personaler Kompetenzen betont (vgl. Sting/Blum 2003: 34). Demnach sollte es bereits präventive Angebote im Kindergarten und für Eltern geben, bei denen unter anderem ein *Männerbild der Stärke und Unverletzlichkeit* kritisch diskutiert wird. Eine Studie zeigt dazu die Bedeutsamkeit von Eltern hinsichtlich der Einstellungen von Kindern zu Hilfesuche und Suizid-Stigma (vgl. Burke et al. 2023: 2424-2427). Ein Best-

Practice-Beispiel ist das Programm *plus*, dessen Umsetzung bereits ab Seite 44 kurz beschrieben wurde. Verwiesen wird auch hinsichtlich einer Suizidprävention im Alter auf eine notwendige frühe Prävention:

„Das Eintreten besonderer Lebensereignisse („life events“) ist alterstypisch und nicht vermeidbar. Präventive Strategien, die bereits in der Kindheit und Jugend einsetzen, könnten aber zu konstruktiv-aktivem Umgang mit Problemen und Konflikten anregen.“ (Wächter/Erlemeier/Teising 2008: 139)

Ein zentrales Ergebnis zur Gestaltung von suizidpräventiven Angeboten für Männer ist, dass es vor allem auf das WIE ankommt. Männer bevorzugen eine unpersönliche Gestaltung von Veranstaltungen. Sie müssen inhaltlich dort abgeholt werden, wo sie sich aktuell befinden, und das ist möglicherweise geprägt von einem *Nicht-Wahrhaben-Wollen von Krisen*. Dafür wird ein niederschwelliger, lebensnaher Zugang in Hinblick auf Inhalte, die sich auf die aktuelle Lebensgestaltung, das Alter und das bestehende Männerbild beziehen, benötigt. Eine Möglichkeit wäre das Ansprechen von Männern in ihrem Beschütternarrativ oder das Betrachten von Stärke als Resilienzfaktor. Dies umfasst, Männer zu einer Selbstreflexion hinzuführen und, ausgehend von einer Akzeptanz der gelebten Männlichkeit, hin zu einer Integration von Vulnerabilität zu kommen. Indiziert sollte eine veränderte Bewertung von Hilfeannahme sein: Diese muss mit der eigenen Männlichkeit kompatibel, akzeptiert und deren Potential und Selbstverständlichkeit erkannt werden. Ein Beitrag dazu könnte das Erleben von Männern sein, die über ihre Krisen und deren Bewältigung sprechen. Zusätzlich sollte der Fokus auf der Erarbeitung persönlicher Warnsignale liegen, dem Umgang mit Gefühlen, förderlicher Problemlösekompetenzen sowie dem Lernen aus bewältigten Krisen. Auch Informationen über Hilfsangebote, über Fakten zu den Themen Krisen, Suizidalität und Depressionen sollten vermittelt werden. Außerdem könnten im Rahmen dieser suizidpräventiven Angebote die *Papageno-Effekte im Alltag* erlernt und indiziert werden. Die Planung derartiger Angebote bedarf eines Transfers dieser wissenschaftlichen Ergebnisse in die Praxis.

Suizidprävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe in einem gesellschaftskritischen sowie gendersensiblen Veränderungsprozess

Eine generelle Präventionsarbeit, im Sinne einer Kooperation von Suizid-, Sucht- und Gewaltprävention, erscheint sinnvoll, weil ähnliche Risikofaktoren bestehen und Problematiken aus den einzelnen Bereichen oft kombiniert auftreten. In den geführten Interviews wurde insbesondere Alkohol immer wieder thematisiert. Personen mit einer Abhängigkeitserkrankung haben ein erhöhtes Suizidrisiko (vgl. Wolfersdorf 2008b: 1325f.) und Männer sind bei Suchterkrankungen und Gewaltdelikten überrepräsentiert (vgl. Statistik Austria 2023). Ein Zusammenspiel von Suizidprävention mit Sucht- und Gewaltprävention

wird in den Zielsetzungen von *Suizidprävention Austria* bereits angestrebt. Beispiele wären Zusatzmodule in schulischen Präventionsprogrammen, wie bei *Gemeinsam stark werden* und *plus* (vgl. BMSGPK 2021: 35f.). Verwiesen werden soll auf das *Suicide Prevention Resource Center* (2016) in den USA, welches Empfehlungen für die Suizidprävention für Männer im mittleren Lebensalter herausgegeben und dabei ebenfalls auf eine Zusammenarbeit mit Organisationen im Suchtbereich verwiesen hat (vgl. Suicide Prevention Resource Center 2016: 12-19). Anzumerken ist, dass auch in der Suchtprävention geschlechtsspezifische Zugänge gefordert (vgl. Sting/Blum 2003: 50) und das Fehlen männerspezifischer Präventions- und Behandlungsangebote kritisiert wird (vgl. Altgeld 2019: 116f.). Es braucht weniger ein Nebeneinander verschiedenster Präventionsangebote, sondern es muss eine Orientierung an gemeinsamen Zielgruppen passieren (vgl. Altgeld 2006: 95). Ein vermehrter Austausch, Vernetzungsarbeit und Ressourcenabgleich zwischen einzelnen Präventionsprojekten sollte angestrebt werden.

Die Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass die *Vulnerabilität von Männern* (wieder) vermehrt in das Forschungsinteresse rücken sollte. Anschließend möchte ich mich an dem Appell von Whitley (2023), denn es braucht „[...] einen Paradigmenwechsel im Bereich der psychischen Gesundheit von Männern.“ (Whitley 2023: 284) Im Vordergrund eines Veränderungsprozesses soll die Erweiterung des Geschlechterverständnisses stehen. Nach Strenz (2022) bestehen Potentiale für eine Veränderung von Geschlechterstereotypen vor allem im Kontext eigener und gesellschaftlicher Identitätsbildung, Anpassung und Abgrenzung von gesellschaftlichen Geschlechterdefinitionen und der Elternschaft (vgl. Strenz 2022: 376). Es braucht eine sozial- und gesellschaftspolitische Beschäftigung mit dem Mann-Sein und eine gerechte Gesellschaft für alle Geschlechter (vgl. Krall 2005: 8). Die interviewten Fachpersonen befürworten differenzierte Männlichkeitsbilder, Akzeptanz von Anderssein, eine Annäherung der Geschlechter sowie eine Gleichberechtigung in verschiedenen Bereichen. Damit beginnt Suizidprävention bereits bei der Darstellung, dem Vorleben von Männlichkeit. Kinder sollen nach Heesen (2022) bereits von einer geschlechtssensiblen Prävention profitieren und auf möglichst wenige Geschlechterklischees stoßen (vgl. Heesen 2022: 235-261). Beschrieben wird die notwendige Transformation von Männlichkeit:

„Die Lösung gesellschaftlicher Probleme muss entsprechend auch ganz konkret in der Veränderung der dominanten Normen gesucht werden, im Verändern, Erweitern und Transformieren des Männlichkeitsverständnisses, im Wegnehmen von Fallstricken überzogener Männlichkeit sowie in der Wiederherstellung der Balance zwischen Männlich- und Weiblichkeit.“ (Tricht 2019: 100)

Es braucht vom Geschlecht unabhängige Perspektiven, die Allgemeingültigkeit herstellen und dadurch eine individuelle Ausgestaltung ermöglichen (vgl. Budde 2022: 281). Dementsprechend müssten nach den empirischen Daten

Krisen als natürliches Erleben im Rahmen des Menschseins und Hilfesuche zu einem allgemeinen gesellschaftsfähigen Gut werden.

Die Ergebnisse der vorliegenden Forschung deuten darauf hin, dass sich Männer als die *Zurückgelassenen durch die Emanzipation der Frauen* wahrnehmen könnten. Tatsächlich werden sie manchmal als „Emanzipationsverlierer“ (Hollstein 2012: 287) bezeichnet. Durch den gesellschaftlichen Aufstieg der Frauen verringerte sich die Dominanz der Männer und Unsicherheit hinsichtlich der Wertigkeit sowie Sinnhaftigkeit des Mannseins wurde ausgelöst (vgl. Böhnisch 2003: 25). Die Stärke des Mannes hat durch die Emanzipation der Frauen keine Legitimation mehr (vgl. Böhnisch 2018: 9). Entsprechend zeigen die Forschungsergebnisse, dass die Akzeptanz von Schwäche immer wieder gefordert wird. Die Würde eine Auflösung der *patriarchalen Dividende* bedeuten (vgl. Connell 2013c: 192f.) Männer hätten nach den empirischen Daten durchaus Vorteile durch die Auflösung dieser einschränkenden Geschlechterordnung.

Eine große Bedeutung für den Umgang mit Männlichkeit und Weiblichkeit hat die soziale und mediale Umwelt (vgl. Böhnisch 2013: 97). Bereits Ringel (1986) spricht den suizidpräventiven Beitrag von Öffentlichkeitsarbeit im Gegensatz zu einer Tabuisierung von Suizidalität an (vgl. Ringel 1986: 53). Die Forschungsergebnisse verweisen auf die Bedeutsamkeit von Öffentlichkeitsarbeit und Medienarbeit im Rahmen der Suizidprävention. Männer können entsprechend eines niederschweligen und anonymen Zugangs über Medien mit suizidpräventiven Beiträgen, wie Informationen über Suizidalität, Krisen und psychischen Erkrankungen, gut erreicht werden. Heesen (2022) fordert, dass durch Social Marketing vermittelt werden soll, dass Männer über Probleme reden sollen und es auch dürfen. Gleichzeitig müssen Befindlichkeiten akzeptiert und nicht abgewertet werden (vgl. Heesen 2022: 263f.). Ein aktuelles Beispiel ist der Podcast *Kratky sucht das Glück...*, bei dem unter anderem Männer offen über ihre psychischen Probleme sprechen (vgl. Kratky/Schmidt 2023). Befürwortet wurde in den Interviews die Beteiligung von Expert*innen für Marketing und Männern bei der Gestaltung von Öffentlichkeitsarbeit von Suizidpräventionsprojekten. Der Zugang zu Vorbildern, die Schwäche zeigen und Hilfe annehmen, könnte ebenfalls durch Medien erleichtert werden. Doch welche Männerbilder werden Kindern und Erwachsenen in Politik, Religion, Sport, Arbeitswelt, Medien usw. gezeigt? Was wird uns durch aktuelle Filme, wie *Paw Patrol*, *Feuerwehrmann Sam*, *Peppa Pig*, *Twilight*, *Fast and Furious* usw. vermittelt? Entsprechend dem Ergebnis der Forschung zum Heldenepos können in den darin präsentierten männlichen Helden Projektionsfiguren gefunden werden. Medienhelden eignen sich aufgrund der Komplexitätsreduktion besonders gut zur Identifikation und zeichnen sich durch Leistung, Erfolg, Aktivität und Wirksamkeit aus (vgl. Winter 2013: 158-163). Helden gehören zum traditionellen Männerbild (vgl. Waidhofer 2015: 27) und umfassen kaum Eigenschaften wie Hilfeannahme oder Akzeptanz von

Schwäche, die anhand der empirischen Daten suizidpräventiv wirken würden. Der beachtliche Einfluss von Medien wird wie folgt beschrieben:

„Der Einfluss der Medien auf die Wahrnehmung von Männlichkeit und Weiblichkeit ist enorm wirkmächtig. Mitverantwortlich hierfür sind mediale Rollenvorbilder, die in den allermeisten Fällen allein dem Kommerz verpflichtet sind und kaum der Vermittlung von Geschlechterbildern jenseits von Stereotypen. Besonders junge Menschen aus benachteiligten Milieus sind anfällig für solche eindimensionalen Rollenbilder.“ (Heesen 2022: 242f.)

Möglicherweise entfernen sich die interviewten Fachpersonen mit Vorschlägen in Bezug auf das Ansetzen der Suizidprävention bei Kindern, Frauen, Eltern und Medien etwas von der Zielgruppe der Männer. Trotzdem haben diese Ansätze ihre Legitimation hinsichtlich einer langfristigen Veränderung der Geschlechterverhältnisse und frühen Präventionsarbeit.

Suizidprävention braucht individuelle und gesellschaftliche Zugänge (vgl. Ringel 1986: 53). Männer würden von einer Suizidprävention auf der Makroebene profitieren, die zur Normalisierung und Sensibilisierung in Bezug auf psychische Gesundheit, Krisen und Suizidalität in der Gesellschaft beiträgt. Nach Gerngroß (2020b) sollen in Berichterstattungen Suizidgedanken und Krisen normalisiert und Suizidversuche als Folge von Krisen abgebildet werden. Zusätzlich sollen Warnsignale, Risikofaktoren und Hilfsangebote vermittelt werden (vgl. Gerngroß 2020b: 46). Außerdem könnte eine Stigmareduktion in der Gesellschaft suizidpräventiv wirken, denn die Tabuisierung und Stigmatisierung von suizidalen Handlungen und psychischen Erkrankungen fördern Suizidalität (vgl. Oexle/Rüsch 2018: 779f.; Rüsch 2021: 108). Eine Studie zeigte beispielsweise, dass ein vorhandenes Suizidstigma die Hilfesuche beeinträchtigt (vgl. Caelear/Batterham/Christensen 2014: 527f.). Allgemein scheint die Einstellung der Bevölkerung zu Suizidalität großen suizidpräventiven Einfluss zu haben (vgl. Wedler 2017: 130). Es kommt darauf an, inwiefern Bedürftigkeit bei Männern sein darf, und Hilflosigkeit anerkannt wird (vgl. Böhnisch 2018: 128f.) Viele Männer äußern in den Interviews den Wunsch nach einer akzeptierten Hilfesuche sowie Hilfeannahme und erwähnen Vorteile, die eine Normalisierung von Krisen und Hilfeannahme in der Gesellschaft für sie bieten könnte. Verschiedene Studien verweisen auf die Bedeutsamkeit einer Berücksichtigung sowie Änderung von Männlichkeitsidealen für die Suizidprävention (vgl. Canetto 2017; Creighton et al. 2017; Khan et al. 2020; River 2018). Dementsprechend sollte in der Suizidprävention vermehrt an einer Entstigmatisierung von psychischen Problemen, Hilfesuche und Suizidalität gearbeitet werden.

Für die Umsetzung eines gendersensiblen Veränderungsprozesses nennen die interviewten Fachpersonen einige politische Aufgaben. Es werden gesetzliche Grundlagen, Förderungen und ein Ausbau von (männerspezifischen) Präventionsangeboten sowie medizinischer und psychosozialer Versorgung gefordert. Die angesprochene Reduktion von Suizidmitteln in den Interviews wird in der Literatur immer wieder als effektive Suizidprävention beschrieben (vgl.

ebd.: 130), z.B. das Erschweren des Zugangs zu Brücken oder Bahngleisen (vgl. Gerngroß 2020b: 27).

Ersichtlich werden im Forschungsvorhaben die starken Zusammenhänge von Einstellungen zu Männlichkeit, Suizidalität, Krisen sowie psychischen Erkrankungen in der Gesellschaft mit dem Umgang mit Krisen sowie der Möglichkeit, Hilfe anzunehmen. Jede einzelne Person ist gefragt, um an den beschriebenen gesellschaftlichen Veränderungsprozessen mitzuwirken. Abstand soll von einer Individualisierung der hohen Suizidrate von Männern genommen werden. Suizide und Suizidversuche sind eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung und nicht das Problem einzelner Personen, Familien oder Regionen. Suizidalität wird nach Wedler (2017) zum gesellschaftlichen Problem, weil suizidale Handlungen rund um die Suizident*innen eine Vielzahl an Personen betreffen (vgl. Wedler 2017: 129). Wir alle müssen damit einen Beitrag für eine Veränderung leisten. Es geht darum, etwas zu tun und nicht abzuwarten. Für eine Veränderung braucht es mehr Bewusstseinsbildung, Öffentlichkeitsarbeit und verantwortungsvolle Medienarbeit sowie Initiativen einer generellen Prävention.

12 Zusammenfassung und Ausblick

Der letzte Abschnitt dient der Zusammenfassung und der Darstellung zentraler Ergebnisse. Anschließend folgt ein Überblick konkreter Empfehlungen für Suizidpräventionsprojekte und Hilfen in Krisen für Männer sowie Anregungen für weiterführende Forschungen.

Suizidalität wird als globale Herausforderung bezeichnet (vgl. World Health Organization 2019: 13; 2014: 2). Dementsprechend wurden die Brisanz und Aktualität des Themas anhand statistischer Daten im theoretischen Bezugsrahmen aufbereitet. Österreich zeigt sich mit der Gesamtsuizidrate im europäischen Mittelfeld und gehört weltweit zu den Ländern mit den höchsten Suizidraten von Männern, ca. drei Viertel der Suizide werden von Männern verübt. Entsprechend der Auswahl des Forschungsfeldes erwiesen sich Kärnten und die Steiermark als Bundesländer mit den höchsten Suizidraten. Die beforschten steirischen Bezirke Murau und Murtal haben besonders hohe Suizidraten. Zusätzlich zu den statistischen Daten und der Darstellung von Suizidalität als gesellschaftliche Thematik wurde durch die ausgewählten Erklärungsansätze im theoretischen Bezugsrahmen deutlich, wie individuell und hochkomplex suizidales Verhalten ist. Erklärungsansätze für die hohe Suizidrate von Männern aus der Literatur zeigen Zusammenhänge mit den angewandten Suizidmethoden, den Herausforderungen unterschiedlicher Altersgruppen, nicht behandelten depressiven Erkrankungen und Suchterkrankungen sowie der männlichen Sozialisation. Durch die Literaturrecherche wurde ersichtlich, dass es relativ wenig Literatur zum beforschten Themenbereich gibt. In den wenigen aktuellen Büchern der letzten fünf Jahre zu den Themen Suizidalität oder Männlichkeit werden häufig Theoriebezüge von Ringel (1953) oder Böhnisch (2018) wiedergegeben und zusammengefasst. Männer, als spezifische Risikogruppe für Suizidalität, werden wenig in der aktuellen Literatur betrachtet. Aktuelle internationale Studien beschäftigen sich mit der Thematik Suizidalität, manchmal wird dabei die Zielgruppe von – vorrangig jüngeren – Männern in den Blick genommen. Fraglich ist, inwiefern sich Ergebnisse aus Studien von anderen Ländern oder mit anderen Zielgruppen auf den Forschungsschwerpunkt und das Forschungsfeld ländlicher Gegenden dieses Forschungsvorhabens übertragen lassen. Im Vordergrund deutschsprachiger Literatur scheint aktuell die Thematik des assistierten Suizids zu stehen. Zusätzlich fällt bei einer allgemeinen Recherche zum Thema psychische Gesundheit auf, dass es viele geschlechterunspezifische Angebote oder spezielle Angebote für Frauen gibt. Es gibt männerspezifische Angebote, doch diese sind seltener vorhanden und werden auch weniger genutzt. Bei der Betrachtung der Suizidprävention zeigen sich große Unterschiede in Österreich, einerseits gibt es gut entwickelte Projekte, andererseits kaum Angebote in den Bundesländern. Männerspezifische Angebote gibt es auch in der Suizidprävention kaum.

Im Fokus des qualitativen Forschungsprozesses stand das Erkenntnisinteresse nach einer gendersensiblen Suizidprävention und Hilfe in Krisen für Männer. Die Forschungsfragen konnten durch die 15 geführten offenen Leitfadeninterviews mit Männern und den zwölf Expert*inneninterviews gut beantwortet werden. Die *Reflexive Grounded Theory Methodologie* erwies sich als dafür passende Auswertungsmethode. Dazu wurde der eigenen Selbstreflexion im Forschungsprozess ein besonderer Stellenwert gegeben. Aus den vier entstandenen Schlüsselkategorien wurden drei unterschiedliche Modelle entwickelt, die aufeinander aufbauen, sich ergänzen und unterschiedliche Perspektiven auf das Forschungsthema erlauben:

- Das Erklärungsmodell der erschwerten Hilfesuche/Hilfeannahme von Männern in Krisen (siehe ab Seite 73)
- Das Stufenmodell der (nicht) erfolgreichen Krisenbewältigung mit/ohne Hilfebedarf (siehe ab Seite 156)
- Das Präventionsmodell mit einer gendersensiblen Ausrichtung auf Männer (siehe ab Seite 168)

An dieser Stelle wird die Ergebnisdarstellung zusammengefasst und die zentralen Ergebnisse des Forschungsprozesses dargestellt. Betonen möchte ich, dass die Ergebnisse für alle Geschlechter gelten könnten und nicht nur cis-Männer von der Umsetzung der Forschungsergebnisse profitieren könnten. Außerdem müssen die Ergebnisse nicht für alle cis-Männer zutreffend sein.

Im Rahmen der Erhebung von Erklärungsansätzen für die hohe Suizidrate von Männern entstand das *Erklärungsmodell der erschwerten Hilfesuche/Hilfeannahme von Männern in Krisen* (siehe ab Seite 73). Ersichtlich wurde, dass Männer krisenhafte Zustände nicht wahrhaben wollen und eine massive Vermeidung sowie Tabuisierung von Krisen und Suizidalität anstreben und leben. Die Folgen davon sind weitreichend, denn aus dem Vermeidungsverhalten gegenüber Krisen sowie dem *heimlichen Schleier* über Suizidalität entwickeln sich Defizite für eine erfolgreiche Krisenbewältigung. Beispielsweise sind das Wahrnehmen und Akzeptieren von Krisen, als erste Schritte am Weg zur erfolgreichen Krisenbewältigung, dadurch erschwert. Eine Erkenntnis dazu war im Forschungsprozess, dass für Männer die Annahme von Prävention bereits als Hilfeannahme gesehen wird. Dementsprechend gelten für Männer bei Angeboten der Suizidprävention die gleichen Herausforderungen wie für die direkte Annahme von Hilfe: Männer haben Schwierigkeiten, sich auf Themen wie Suizidalität und Krisen einzulassen, weil es einen Ausstieg aus dem geschützten *Leben in Utopia* und damit ein Wahrnehmen und Akzeptieren von Krisen bedeuten würde. Hinzu kommen die Selbststigmatisierung sowie eine Stigmatisierung von außen: Was denken andere, wenn sie mich bei dem Angebot (suizidpräventives Angebot oder Hilfsangebot) sehen? Ein zentrales Ergebnis ist die Auswertung konkreter Bereiche für Männer, die für die Krisenentwicklung, eine suizidale Entwicklung und eine (nicht) erfolgreiche Krisenbewältigung entscheidend sind: Dies betrifft eine erlebte Zugehörigkeit sowie

das Erleben von Selbstwirksamkeit und Kontrolle. Zusätzlich ist eine zuversichtliche Lebenseinstellung ein relevanter Bereich für Männer.

Protektivfaktoren werden von Männern für die Stabilisierung in der Krise und weniger für die Krisenbewältigung eingesetzt. Dazu wurden Protektivfaktoren im Bereich Soziales und im Umgang mit Stress formuliert. Risikofaktoren sind Kränkungen, Kontrollverlust, das Gefühl, nicht mehr zu funktionieren, soziale Isolation, Probleme in der Familie, körperliche Erkrankungen und Arbeitslosigkeit. Alkohol wurde als Risiko-, Protektivfaktor und Warnsignal erwähnt.

Die Herausforderungen und Problematiken für Männer am Weg zur Hilfeannahme erwiesen sich als komplex und tiefgehend. Dadurch erklären sich die geringen Veränderungen bei jüngeren Männern in Bezug auf eine leichtere Hilfeannahme als bei früheren Generationen. Männer begegnen in Krisen einer Vielzahl an *Dilemmata*, durch die neben dem *Nicht-Wahrhaben-Wollen* ein *Nicht-Wahrhaben-Können* von Krisen offensichtlich wurde. Sie zeigen eine Prägung hin zum Erfüllen von bestimmten Erwartungen, die einem *Männerbild der Stärke und Unverletzlichkeit* entsprechen. Dabei handelt es sich um ein fiktives Bild, dem (vor allem in Krisen) kaum entsprochen werden kann. Durch ihre Sozialisation, Erziehung und eigenen Erfahrungen verfügen Männer über unzureichende Problemlösekompetenzen. Stattdessen erscheinen Suizide als anerkannte Problemlösestrategie, insbesondere bei älteren Männern. Die eigenen Erwartungen und Erwartungen von außen sowie die damit verbundenen Zuschreibungen haben einen großen Einfluss auf den eigenen Umgang mit Krisen und Suizidalität. Ersichtlich wurde die bedeutsame Rolle von Frauen, einerseits durch deren (vermutete) Erwartungen an Männer in Hinblick auf ein *Männerbild der Stärke und Unverletzlichkeit*. Andererseits wurde deutlich, dass Frauen vermehrt eine Krisenkompetenz von Männern zugeschrieben wird. Dies hat zwei zentrale Folgen: Erstens qualifizieren sich Frauen allein durch ihre Geschlechterzugehörigkeit als helfende Person für Männer. Zweitens wird eine derartige Krisenkompetenz als weiblich beschrieben und im Rahmen der männlichen Abgrenzungsbemühungen als Unmöglichkeit wahrgenommen. Da die Krisenkompetenz neben der Hilfestellung die eigene Hilfeannahme in Krisen umfasst, wird die Hilfesuche in schwierigen Situationen für Männer erschwert. Vulnerabilität kann nicht gezeigt werden, ohne die eigene Männlichkeit und den Status eines Siegers zu gefährden. Abweichungen von Perfektionismus, Funktionieren und Stärke werden als Versagen ausgelegt – dazu gehört auch die Hilfeannahme. Hilfesuche erscheint damit als Unmöglichkeit im Rahmen des Krisengeschehens.

Damit Männer den eigenen Hilfebedarf erkennen können, müssen Krisen länger andauern, keine Besserung und zunehmende Einschränkungen, z.B. der Leistungsfähigkeit, ersichtlich werden. Konkrete Warnsignale wären kränkende, überfordernde Ereignisse, Hoffnungslosigkeit, Schlafstörungen, Veränderungen der Personen und Suizidgedanken. Einen wichtigen Moment stellt

das Erkennen der eigenen Warnsignale für eine Verschlimmerung der Krise für Männer dar.

Überraschend ist, dass sich nur wenige Unterschiede im Vergleich der verschiedenen Altersgruppen zeigten. Ausgewertete Unterschiede konnten gut mit den jeweiligen Lebenswelten der interviewten Männer erklärt werden. Beispielsweise war der Themenbereich *Arbeit* für Männer aus der Altersgruppe 70 bis 90 Jahre nicht mehr relevant. Erstaunlich waren demgegenüber die Gemeinsamkeiten im Umgang mit Krisen. Es darf nicht davon ausgegangen werden, dass Männer im jüngeren Erwachsenenalter bereits Abstand von einem *Männernbild der Stärke und Unverletzlichkeit* genommen haben und sich leichter tun, Hilfe anzunehmen. Vielmehr betonen die Forschungsergebnisse die starke Prägung hin zu einem derartigen Männernbild und dem dazugehörigen Erfüllen von eigenen und äußeren Erwartungen. Es kann davon ausgegangen werden, dass jüngere Männer nach wie vor in kritischen Lebensereignissen auf *traditionelle Bewältigungsstrategien* zurückgreifen. Vermeidung von Krisen, eine verzögerte Krisenwahrnehmung und eine verspätete oder nicht vorhandene Hilfeannahme sind dementsprechend weiterhin Themen, die den Umgang von Männern in Krisen prägen. Da dies maßgebliche Bereiche für die Reduzierung der Suizidrate wären, kann aktuell nicht von deren Reduktion in der Zukunft ausgegangen werden. Aufgrund aktueller gesellschaftlicher, nationaler und internationaler Unsicherheiten, wie kriegerischer Auseinandersetzungen, Unsicherheiten im Wirtschafts- sowie Gesundheitssektor oder der Klimakrise, besteht die Hypothese, dass diese Entwicklungen sogar negative Auswirkungen auf die Gesamtsuizidrate und vor allem die Suizidrate der Männer haben könnte. Auch in Bezug auf aktuelle Entwicklungen in Österreich mit der Gesetzesänderung zum §78 StGB (Mitwirkung am Suizid) sowie den psychosozialen Folgen der COVID-19-Pandemie gewinnen die Themen Suizidalität und psychische Gesundheit an Brisanz.

Um die Gesamtsuizidrate in Österreich zu senken, muss die Suizidrate von Männern gesenkt werden, dort liegt ein großes Potential für die Suizidprävention. Aus diesem Grund liegt der Appell dieser Publikation im Festlegen von Männern als zentrale Zielgruppe für die Suizidprävention! Das Auflösen eines *Männernbilds der Stärke und Unverletzlichkeit* mit patriarchalen sowie suizidfördernden Tendenzen benötigt viel mehr Anstrengung, Initiativen und vor allem ein Hinsehen auf die daraus entstehenden Problematiken. Es braucht ein Bewusstsein für das weitere Bestehen von geschlechterspezifischen Unterschieden, Herausforderungen und Problemlagen. Solange diese Differenzierungen bestehen, wird ein geschlechtersensibler Umgang im Sinne einer Anpassung von Hilfe und Prävention an die jeweiligen geschlechterspezifischen Zielgruppen benötigt. Eine langfristige Zielsetzung wäre eine geschlechterneutrale Arbeitsweise entsprechend einer Auflösung einschränkender Geschlechterverhältnisse.

Entsprechend dem Titel dieser Publikation *Vulnerabilität von Männern in Krisen* soll die eigene Vulnerabilität in das Leben integriert und diese nicht in Form einer Schwäche negativ bewertet werden. Das Potential der zugelassenen und akzeptierten, eigenen Vulnerabilität sollte für die eigene Entwicklung und Stärke im Rahmen einer Krisenbewältigung genutzt werden.

12.1 Empfehlungen für Suizidpräventionsprojekte

Das entwickelte *Präventionsmodell mit einer gendersensiblen Ausrichtung auf Männer* (siehe ab Seite 168) umfasst Hinweise für die Gestaltung einer Suizidprävention mit dem Fokus auf Männer und beantwortet die dementsprechende Forschungsfrage. Ersichtlich wurde durch die Recherche, dass es wenige Ansätze für suizidpräventive Angebote für Männer gibt. In der folgenden Übersicht werden konkrete Empfehlungen für Suizidpräventionsprojekte gegeben:

- Bedeutsam ist die Entstigmatisierung von psychischen Problemen, Krisen, Hilfesuche/Hilfeannahme und Suizidalität.
- Männer müssen als zentrale Risikogruppe für Suizidalität anerkannt werden. Das entsprechende suizidpräventive Potential für die Reduzierung der Gesamtsuizidrate sollte genutzt werden.
- Suizidalität ist eine gesellschaftliche Herausforderung. Es braucht den Fokus auf Veränderungen auf der gesellschaftlichen Ebene und eine Abkehr von der Individualisierung von Problemen. Suizidalität muss sich aus der Bewertung des privaten, individuellen Problems lösen und zunehmend als Thema der Gesamtgesellschaft gesehen werden. Suizident*innen müssen als Symptomträger*innen betrachtet werden.
- Im Sinne einer generellen Präventionsarbeit wird mehr Vernetzung zwischen Präventionsangeboten unterschiedlichster Ausrichtungen wie Sucht-, Gewalt- und Suizidprävention benötigt. Insbesondere in der Primärprävention bei Kindern und Jugendlichen braucht es Koordination, Vernetzung, Bündelung der Ressourcen und ein Lernen voneinander.
- Suizidprävention muss sich im Genderdiskurs beteiligen. Suizidalität von Männern muss als Folge der Aufrechterhaltung eines *Männerbilds der Stärke und Unverletzlichkeit* betrachtet werden. Suizidprävention bedeutet einen Beitrag für die Veränderung dieses Männerbildes und dem Abbau von geschlechterspezifischen Ungerechtigkeiten zu leisten. Im Sinne einer Primärprävention geht es um die Erweiterung, Akzeptanz und das Einbeziehen von gendersensiblen Zugängen. Dafür braucht es z.B. suizidpräventive Ansätze für das Kindes- und Jugendalter.

- Notwendig ist eine gendersensible Suizidprävention mit dem Fokus auf das männliche Geschlecht. Bei Angeboten für die Allgemeinbevölkerung können Männer nicht mitgemeint werden.
- Benötigt wird eine aufsuchende und settingbezogene Suizidprävention, z.B. bei Arbeitsstellen oder Ausbildungen. Auch das Erreichen von Männern über Funktionen, wie eine Vereinstätigkeit, ist eine Möglichkeit. Zusätzlich braucht es Prävention im Rahmen von belastenden Ereignissen, wie Trennungen, Kündigungen oder Pensionsantritten.
- Die Gestaltung von suizidpräventiven Angeboten muss sich an der Lebenswirklichkeit von Männern orientieren. Wenn davon ausgegangen wird, dass sich Männer in Utopia befinden, Krisen vermeiden und versuchen, diese nicht wahrzunehmen, muss vorrangig an der Krisenwahrnehmung und Krisenakzeptanz gearbeitet werden. Es braucht einen niederschweligen Zugang und eine Berücksichtigung der Dilemmata, mit denen Männer in Krisen und bereits bei der Beschäftigung mit den Themen Krisen und Suizidalität konfrontiert sind.
- Männer würden von einer Gestaltung mit Selbstreflexionsanteilen in suizidpräventiven Angeboten profitieren. Dazu gehört die Erarbeitung persönlicher Warnsignale für eine Verschlimmerung von Krisen und das Entwickeln/Bewusstmachen von persönlichen Strategien im Umgang mit Stress, psychischem Schmerz und Krisen.
- Neben der Niederschwelligkeit in Bezug auf den Zugang sowie der inhaltlichen Gestaltung von suizidpräventiven Angeboten, muss die Anonymität von Männern gewahrt werden. Dies betrifft Anmeldungen, Veranstaltungsorte und didaktische Gestaltung von Angeboten.
- Sinnvoll wäre eine frühe Vermittlung von Lebenskompetenzen, hinsichtlich des Umgangs mit Gefühlen, Krisen und dem Männerbild der Stärke und Unverletzlichkeit, z.B. durch Angebote für Kinder und Eltern.
- Männer können von einer *schulenden Suizidprävention* profitieren, beispielsweise durch Weiterbildungen von Hausärzt*innen.
- Das große suizidpräventive Potential der Nutzung von *Papageno-Effekten im Alltag* muss erkannt und umgesetzt werden. Es braucht verständliche, umsetzbare Antworten auf die Fragen, die Menschen im Umgang mit Suizidalität berühren und beschäftigen.
- Suizidgedanken müssen normalisiert werden und es braucht Wissen darüber, dass bei Suizidgedanken, die konkreter werden oder sich aufdrängen, Hilfe gesucht werden sollte.
- Suizidgedanken und Suizidäußerungen müssen ernstgenommen werden.

- Es braucht eine Wissensvermittlung zum Umgang mit Überlebenden nach einem Suizidversuch und Hinterbliebenen nach einem Suizid.
- Auf „Dorfgeleber“ nach Suizidversuchen/Suiziden und Äußerungen zu einer Sehnsucht nach Erklärungen von Suizidalität braucht es entsprechende suizidpräventive Reaktionen sowie Schulungen.
- Benötigt werden männliche Vorbilder, die Identifikation und Anerkennung ermöglichen sowie Schwäche, Hilfesuche und eine erfolgreiche Krisenbewältigung zeigen.
- Wichtig wären Schulungen zum Umgang mit Männern in Krisen und einer entsprechenden Hilfestellung. Wichtige zu erreichende Positionen wären Frauen, durch ihre zugeschriebene hilfegebende Position, sowie Fachpersonen, die mit Männern in Krisen arbeiten.
- Helfende Personen müssen im Umgang mit Grenzen der Hilfestellung geschult werden.
- Es braucht eine qualitativ hochwertige Öffentlichkeitsarbeit von Suizidpräventionsprojekten, die auf die Zielgruppe der Männer abgestimmt ist. Diesbezüglich wären spezielle Expertise und eine Partizipation der Zielgruppe sinnvoll.
- Für einen weiteren Transfer dieser wissenschaftlichen Ergebnisse in die Praxis der Suizidprävention werden Arbeitsgruppen in den einzelnen Projekten empfohlen. Vorteilhaft wäre ein partizipativer Zugang, unter Einbeziehung von Männern. Beachtet werden muss die Vielfalt des Mann-Seins. Ein Gesamtkonzept für alle Männer ist unrealistisch, es braucht eine Vielfalt von Konzepten und Ansätzen.
- Benötigt werden gesetzliche Grundlagen, finanzielle Förderungen und ein Ausbau von (männerspezifischen) Präventionsangeboten sowie medizinischer und psychosozialer Versorgung in Österreich. Die Reduktion von Suizidmitteln und baulicher, suizidpräventiver Maßnahmen zeigen sich weiterhin als eine effektive Suizidprävention.

12.2 Empfehlungen für die Gestaltung von Hilfen in Krisen für Männer

Das *Stufenmodell der (nicht) erfolgreichen Krisenbewältigung mit/ohne Hilfeannahme* (siehe ab Seite 144) wurde zur Beantwortung der entsprechenden Forschungsfrage erstellt. Die darin enthaltenen Empfehlungen für die Gestaltung von Hilfen in Krisen für Männer werden nun zusammengefasst und umfassen Hinweise für professionelle Hilfe sowie Hilfe von Laien:

- Hilfesuche und Hilfeannahme muss für Männer akzeptiert und anerkannt werden.

- Es braucht männerspezifische Hilfsangebote mit entsprechenden Zugängen und Gestaltung.
- Für Männer ist das Reden über ihre Krisen bedeutsam.
- Das helfende Gegenüber muss sich als vertrauensvoll erweisen.
- Den helfenden Personen muss Krisenkompetenz und Anerkennung zugeschrieben werden.
- Die ersten Ansprechpartner*innen für Männer in Krisen sind Familienangehörige, insbesondere Frauen.
- Freunde werden ambivalent beschrieben, sie könnten helfende Personen sein. Oft besteht jedoch zu wenig Vertrauen, um über persönliche Themen zu sprechen und Schwäche zu zeigen.
- Für Männer muss die hilfegebende Person nicht das männliche Geschlecht haben. Durch die zugeschriebene Krisenkompetenz an Frauen scheinen diese für Männer oft die erste Wahl im Rahmen der Hilfesuche zu sein. Vorteilhaft wäre eine Auswahlmöglichkeit von hilfegebenden Personen.
- Professionelle Hilfe erscheint als letzte Möglichkeit in Krisen. Den Moment für die Annahme professioneller Hilfe zu erkennen, ist für Männer schwierig.
 - Hilfe muss anonym und niederschwellig erreichbar sein (Verfügbarkeit in Bezug auf Wartezeiten und Kosten)
 - Das am Anfang fehlende Vertrauen und die fehlende Möglichkeit von Gegenseitigkeit sind hemmende Faktoren.
- Der erste Schritt zur Hilfeannahme muss eventuell abgenommen werden. Männer müssen direkt auf ihre Krise angesprochen werden. Hilfe sollte angeboten werden, wenn sich jemand Sorgen macht oder ein krisenhaftes Ereignis passiert ist.
 - Vorteilhaft ist ein individueller, empathischer Zugang mit Geduld und einer stellvertretenden Hoffnung.
 - Im Rahmen der Hilfestellung müssen Männer Selbstwirksamkeit und Kontrolle erfahren.
 - Es sollte eine schnelle Entlastung angestrebt werden.
 - Ressourcen sollten aktiviert werden.
 - Es braucht Konzepte für Nachbarschaftshilfe, Peers oder Ehrenamtliche. Diese Personen sollten Männer in Krisen ansprechen (Schulung und Wissensvermittlung, Zuständigkeit für die Ansprache, Schulungen von Personen, die mit Männern in Krisen in Kontakt kommen)

12.3 Empfehlungen für weiterführende Forschungen

Mein abschließender Appell ist es, zu der Thematik Männer und Suizidalität und deren Hilfeannahme weiterzuforschen. Es gibt sehr wenig konkrete Forschung zu der Thematik und es wären dabei sicherlich noch viele Forschungsschwerpunkte vorhanden. Aufgrund der Fokussierung und der thematischen Eingrenzung des Forschungsvorhabens konnten einige Hinweise, im Rahmen der Auswertung mit der *Reflexiven Grounded Theory Methodologie*, nicht weiterverfolgt werden. Interessant wäre ein vergleichender Ansatz in der Forschung, beispielsweise Untersuchungen bei Frauen und eine Überprüfung, inwiefern die Ergebnisse auch für Frauen gelten, z.B. ob das Erfahren von Selbstwirksamkeit und Kontrolle im Rahmen der Hilfeannahme eine ähnliche Relevanz für Frauen wie für Männer darstellt. Zusätzlich wäre ein Vergleich mit anderen Regionen oder ein Stadt-Land-Vergleich interessant. Dadurch könnten regionsspezifische sowie geschlechtsspezifische Unterschiede und Gemeinsamkeiten, im Vergleich zum ausgewählten Forschungsfeld sowie dem angewandten theoretischen Sampling, unternommen werden. Ebenfalls könnte eine Erweiterung der Perspektiven auf den beforschten Bereich zu neuen Erkenntnissen führen. Beispielsweise durch die Befragung von Hinterbliebenen nach einem Suizid oder Jugendlichen. Da Transpersonen ein noch höheres Suizidrisiko als cis-Männer haben, wäre eine entsprechende Forschung zu Hintergründen und Gestaltung von Prävention sowie Hilfe interessant. Eine Weiterführung von Interviews in den ausgewählten Befragungsgruppen könnte zur Bestätigung der vorliegenden Forschung oder deren Erweiterung dienen. In Bezug auf die Intersektionalität wäre es interessant, empirische Daten unter mehreren Aspekten zu betrachten, z.B. anhand von Fallvignetten. Die männlichen Interviewpartner könnten, im Rahmen der Wahrung von Anonymität, durch mehr Kriterien als Wohnort, Geschlecht und Alter klassifiziert werden. Die Forschungsergebnisse beinhalten zusätzlich mehrere Hinweise zur inhaltlichen Ausgestaltung, denen weiter nachgegangen werden sollte. An dieser Stelle ausgewählte Fragestellungen, die weitere Untersuchungen indizieren würden:

- Männer suizidieren sich in den meisten Ländern zwei bis achtmal so oft wie Frauen. Wie erklärt sich diese große Schwankungsbreite?
- Welche Erklärungsansätze gibt es für das in Österreich seit 1970 steigende Genderratio und wie kann dem begegnet werden?
- Inwiefern ist eine Beratung durch männliche Fachpersonen für die Annahme von Hilfe und den Behandlungserfolg für Männer in Krisen relevant?
- Wie kann die Resilienz von Männern gefördert werden? Inwiefern können Ressourcen und Protektivfaktoren für die erfolgreiche Krisenbewältigung genutzt werden?

- Wie können die dargestellten Hintergründe für die erschwerte bzw. nicht vorhandene Hilfeannahme von Männern in Krisen überwunden werden?

Außerdem wäre eine weitere Untersuchung zur ambivalenten Funktion von Freunden in der Krisenbewältigung von Männern erforderlich. Interessant wäre eine weitere Auswertung des bestehenden Materials anhand anderer Gesichtspunkte oder Zusammenhänge. Beispielsweise zum Zusammenhang der beschriebenen eigenen Hilfeannahme und der Einstellung zur Hilfeannahme sowie der Erziehung der jeweiligen männlichen Interviewpersonen. Interessant wäre auch eine weitere Forschung zu den Hintergründen von Suizidalität bei Männern. In der vorliegenden Forschung entstand die Hypothese, dass bei Männern oft vielmehr belastendes Erleben im Vordergrund steht und ursächlich für Suizide ist.

Weitere Forschung wird zur Entwicklung der Suizidrate in Österreich benötigt. Entscheidend sind dafür vor allem die statistischen Daten der Folgejahre, um einen möglichen weiteren Anstieg der Suizidrate zu verfolgen und differenziert auszuwerten. Interessant werden dabei auch die Daten zu den assistierten Suiziden sein.

Literaturverzeichnis

- Achterbahn (2024): Unabhängige Peerbewegung für psychische Gesundheit Steiermark. Achterbahn - Startseite [Zugriff: 8.1.2024].
- Aigner, Josef Christian (2017): Männlichkeit – ein neuer dunkler Kontinent in der Psychoanalyse? In: Metzger, Hans-Geert/Dammasch, Frank (Hrsg.): Männlichkeit, Sexualität, Aggression: zur Psychoanalyse männlicher Identität und Vaterschaft. Gießen: Psychosozial Verlag. S. 19-34.
- AKUTteam Niederösterreich (2024): Idee & Hintergrund. AKUTteam.at [Zugriff: 7.1.2024].
- Altgeld, Thomas (2006): Warum Gesundheit noch kein Thema für „richtige“ Männer ist und wie es eines werden könnte. In: Jacob, Jutta/Stöver, Heino (Hrsg.): Sucht und Männlichkeiten. Entwicklung in Theorie und Praxis der Suchtarbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 79-100.
- Altgeld, Thomas (2019): Männlichkeit und Sucht: Blinder Fleck in Prävention und Versorgung? In: Public Health Forum 2019; 27 (2). S. 115–118. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2019-0003> [Zugriff: 23.1.2024].
- Ansen, Harald/Schröder-Lüders, Maike (2016): Klinische Sozialarbeit und Lebensweltorientierung. In: Grundwald, Klaus/Thiersch, Hans (Hrsg.): Praxishandbuch Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Handlungszusammenhänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. Weinheim; Basel: Beltz Juventa. 3. Aufl. S. 244-254.
- Arnold, Helmut (2020): Erwerbslosigkeit im Erwachsenenalter. Lebensbewältigung in der Arbeitergesellschaft. In: Stecklina, Gerd/Weinfirth, Jan (Hrsg.): Handbuch. Lebensbewältigung und Soziale Arbeit. Praxis, Theorie und Empirie. Weinheim/Basel: Beltz Juventa. S. 207-216.
- Bandura, Albert (2001): Social Cognitive Theory of Mass Communication, Media Psychology, 3:3. S. 265-299. https://doi.org/10.1207/S1532785XMEP0303_03 [Zugriff: 17.2.2024].
- Bereswill, Mechthild/Ehlert, Gudrun (2022): Geschlecht. In: Ehlert, Gudrun/Funk, Heide/Stecklina, Gerd (Hrsg.): Grundbegriffe Soziale Arbeit und Geschlecht. Weinheim/Basel: Beltz Juventa. 2. Aufl. S. 214-217.
- Bittelebe (2024): Gesprächstipps. bittelebe.at | Hilfe für Angehörige/Freunde von Menschen die Suizidgedanken haben [Zugriff: 23.1.2024].
- Blázquez-Fernández, Carla/Lanza-León, Paloma/Cantarero-Prieto David (2023): A systematic review on suicide because of social isolation/and loneliness: does COVID-19 make a difference? In: Journal of Public Health, Volume 45, Issue 3, September 2023. S. 680–688. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdad001> [Zugriff: 23.1.2024].
- Bleib bei uns (2024): Unser Verein. Unser Verein - Bleib bei uns [Zugriff: 23.1.2024].
- Blitzan, Maria (2021): Konfliktorientierte geschlechterreflektierende Perspektive. In: May, Michael/Schäfer, Arne (Hrsg.): Theorien für die Soziale Arbeit. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft. 2. Aufl. S. 183-204.
- BMASGK - Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (Hrsg.) (2019): SUPRA - Suizidprävention Austria. Startpaket

- Suizidprävention und längerfristiges Umsetzungskonzept. Wien: BMASGK. SUPRA (Startpaket Suizidprävention u.langfristiges Umsetzungskonzept (3).pdf [Zugriff: 23.1.2024].
- BMASK – Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.) (2017): 3. Männerbericht. Wien: BMASK. 3. Männerbericht (dmoe-info.at) [Zugriff: 23.1.2024].
- BMG - Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2015): Suizid und Suizidprävention in Österreich. Bericht 2014. Wien: BMG. <https://www.sozialministerium.at/#q=suizidberichte&pg=1&t=simple&po=&mi=> [Zugriff: 26.2.2024].
- BMGF - Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.) (2017): Gesundheitsziele Österreich. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich – Langfassung. Wien: BMGF. Gesundheitsziele Österreich: Langfassung (gesundheitsziele-oesterreich.at) [Zugriff: 23.2.2024].
- BMSGPK - Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (Hrsg.) (2021): Suizid und Suizidprävention in Österreich. Bericht 2020. Wien: BMSGPK. Suizid und Suizidprävention SUPRA (sozialministerium.at) [Zugriff: 27.2.2024].
- BMSGPK - Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (Hrsg.) (2022): Suizid und Suizidprävention in Österreich. Bericht 2022. Wien: BMSGPK. <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Nicht-uebertragbare-Krankheiten/Psychische-Gesundheit/Suizid-und-Suizidpr%C3%A4vention-SUPRA.html> [Zugriff: 23.1.2024].
- BMSGPK - Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (Hrsg.) (2023): Suizid und Suizidprävention in Österreich. Bericht 2023. Wien: BMSGPK. <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Nicht-uebertragbare-Krankheiten/Psychische-Gesundheit/Suizid-und-Suizidpr%C3%A4vention-SUPRA.html> [Zugriff: 27.1.2024].
- BMSGPK - Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (Hrsg.) (2024a): Mehr Gesundheit durch eine gestärkte Primärversorgung. Mehr Gesundheit durch eine gestärkte Primärversorgung (sozialministerium.at) [Zugriff: 23.1.2024].
- BMSGPK - Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (Hrsg.) (2024b): Suizid und Suizidprävention in Österreich. Bericht 2024. Wien: BMSGPK. Suizid und Suizidprävention SUPRA (sozialministerium.at) [Zugriff: 23.9.2024].
- Bogner, Alexander/Littig, Beate/Menz, Wolfgang (2014): Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Bourdieu, Pierre (1997): Die männliche Herrschaft. In: Dolling, Irene/Krais, Beate (Hrsg.): Ein alltägliches Spiel. Geschlechterkonstruktion in der sozialen Praxis. Frankfurt am Main: Suhrkamp. S. 153-217.
- Bourdieu, Pierre (2017): Die männliche Herrschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag. 4. Aufl.
- Böhnisch, Lothar (2003): Die Entgrenzung der Männlichkeit. Verstörungen und Formierungen des Mannseins im gesellschaftlichen Übergang. Opladen: Leske+Budrich.

- Böhnisch, Lothar (2013): Männliche Sozialisation. Eine Einführung. Weinheim/Basel: Beltz Juventa. 2. Aufl.
- Böhnisch, Lothar (2015): Pädagogik und Männlichkeit. Eine Einführung. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Böhnisch, Lothar (2017): Sozialpädagogik der Lebensalter. Eine Einführung. Weinheim/Basel: Beltz Juventa. 7. Aufl.
- Böhnisch, Lothar (2018): Der modularisierte Mann. Eine Sozialtheorie der Männlichkeit. Bielefeld: Transcript Verlag.
- Böhnisch, Lothar (2019): Lebensbewältigung. Ein Konzept für die soziale Arbeit. Weinheim: Beltz Juventa. 2. Aufl.
- Böhnisch, Lothar (2020a): Männer und Männlichkeit in der Sozialen Arbeit. In: Hammerschmidt, Peter/Sagebiel, Juliane/Stecklina, Gerd (Hrsg.): Männer und Männlichkeiten in der Sozialen Arbeit. Weinheim/Basel: Beltz Juventa. S. 44-55.
- Böhnisch, Lothar (2020b): Männlichkeit und Bewältigung. In: Stecklina, Gerd/Weinforth, Jan (Hrsg.): Handbuch. Lebensbewältigung und Soziale Arbeit. Praxis, Theorie und Empirie. Weinheim/Basel: Beltz Juventa. S. 502-510.
- Brandes, Holger (2016): Psychologie. In: Horlacher, Stefan/Jansen, Bettina/Schwanebeck, Wieland (Hrsg.): Männlichkeit. Ein interdisziplinäres Handbuch. Stuttgart: Springer Verlag GmbH. S. 178-192.
- Breuer, Franz/Mey, Günther/Mruck, Katja (2011): Subjektivität und Selbst-/Reflexivität in der Grounded-Theory-Methodologie. In: Mey, Günther/Mruck, Katja (Hrsg.): Grounded Theory Reader. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 2. Aufl. S. 427-448.
- Breuer, Franz/Muckel, Petra (2016): Reflexive Grounded Theory – Eine Fokussierung von Subjektivität, Selbstreflexivität und Kreativität des/der Forschenden. In: Equit, Claudia/Hohage, Christoph (Hrsg.): Handbuch Grounded Theory. Von der Methodologie zur Forschungspraxis. Weinheim/Basel: Beltz Juventa. S. 67-85.
- Breuer, Franz/Muckel, Petra/Dieris, Barbara (2019): Reflexive Grounded Theory. Eine Einführung für die Forschungspraxis. Wiesbaden: Springer VS. 4. Aufl.
- Brieger, Peter/Menzel, Susanne/Hamann, Johannes (2022): Wird die Rolle von psychischen Erkrankungen beim Suizid überbewertet? In: Bundesgesundheitsblatt 65. S. 25–29. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03464-0> [Zugriff: 25.1.2024].
- Brockhaus Enzyklopädie (2024): Utopia. Utopie - Enzyklopädie - Brockhaus.de [Zugriff: 3.1.2024].
- Bronisch, Thomas (1995): Der Suizid. Ursachen – Warnsignale – Prävention. München: Verlag C. H. Beck.
- Bronisch, Thomas (2020): Die klinische Sicht – Ursachen und Behandlung von Suizidalität. In: Gerngroß, Johanna (Hrsg.): Suizidalität und Suizidprävention bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Stuttgart: Schattauer. S. 99-134.
- Bröckling, Ulrich (2016): Gut angepasst? Belastbar? Widerstandsfähig? Resilienz und Geschlecht. In: Anhorn, Roland/Balzereit, Marcus (Hrsg.): Handbuch Therapeutisierung und Soziale Arbeit. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 391-408.
- Brückner, Burkhart (2021): »Alter schützt vor Torheit nicht!« - Alterskrisen als Aufgabe der Krisenintervention. In: Oritz-Müller, Wolf/Gutwinski, Stefan/Gahlleitner, Silke Brigitta (Hrsg.): Praxis Krisenintervention. Handbuch für helfende

- Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH. 3. Aufl. S. 167-178.
- Budde, Jürgen (2022): Männlichkeitskonzeptionen in Kindheit und Jugend im Kontext von Bildungs- und Erziehungsinstitutionen. In: Budde, Jürgen/Rieske, Thomas Viola (Hrsg.): *Jungen in Bildungskontexten. Männlichkeit, Geschlecht und Pädagogik in Kindheit und Jugend*. Opladen/Berlin/Toronto: Verlag Barbara Budrich. S. 253-288.
- Bundesministerium für Gesundheit (2024): *Männerschuppen als Orte der Prävention und Gesundheitsförderung im kommunalen Setting für Männer ab 50 Jahren: Modellvorhaben (MARS)*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/ressortforschung/handlungsfelder/forschungsschwerpunkte/geschlecht-und-gesundheit/mars> [Zugriff: 23.1.2024].
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2024): *Männergesundheitsportal. Neue Angebote des Forschungsverbunds MEN-ACCESS. Neue Angebote des Forschungsverbunds MEN-ACCESS zur Suizidprävention für Männer sind online (maennergesundheitsportal.de)* [Zugriff: 20.2.2024].
- Burke, Colette T./Calear, Alison L./Cruwys, Tegan/Batterham, Phillip, J. (2023): Are Parents the Key? How Parental Suicide Stigma and Suicide Literacy Affect Help-Seeking Attitudes and Intentions for their Child. In: *Journal Youth and Adolescence* 52. S. 2417–2429. <https://doi.org/10.1007/s10964-023-01841-3> [Zugriff: 10.2.2024].
- Bündnis gegen Depression (2024): *Bündnis Depression Home. Buendnis-Depression.at - Motivation, Persönlichkeit u.v.m* [Zugriff: 23.1.2024].
- Calear, Alison L./Batterham, Philip J./Christensen, Helen (2014): Predictors of help-seeking for suicidal ideation in the community: Risks and opportunities for public suicide prevention campaigns. In: *Psychiatry Research*, Volume 219, Issue 3: 525-530. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.06.027> [Zugriff: 27.1.2024].
- Canetto, Silvia Sara/Sakinofsky, Isaac (1998): The gender paradox in suicide. In: *Suicide Life Threatening Behavior* 28/1. S. 1-23. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1998.tb00622.x> [Zugriff: 30.1.2024].
- Canetto, Silvia Sara (2017): *Suicide: Why Are Older Men So Vulnerable? Men and Masculinities*, 20 (1). S. 49–70. <https://doi.org/10.1177/1097184X15613832> [Zugriff: 27.1.2024].
- Clement, Sarah/Schauman, Oliver/Graham, Tanya/Maggioni, F./Evans-Lacko, Sara/Bezborodovs, Nikita/Morgan, Craig/Rüsch, Nicolas/Brown, June S. L./Thornicroft, Graham (2015): What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. In: *Psychological Medicine* 45. S. 11–27. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000129> [Zugriff: 23.1.2024].
- Connell, Raewyn (2013a): *Geschlechterverhältnisse*. In: Lenz, Ilse/Meuser, Michael (Hrsg.): *Gender*. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 105-131.
- Connell, Raewyn (2013b): *Geschlecht im persönlichen Leben*. In: Lenz, Ilse/Meuser, Michael (Hrsg.): *Gender*. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 133-157.
- Connell, Raewyn (2013c): *Geschlechterpolitik*. In: Lenz, Ilse/Meuser, Michael (Hrsg.): *Gender*. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 183-204.

- Connell, Raewyn (2015): *Der gemachte Mann. Konstruktion und Krise von Männlichkeiten*. Wiesbaden: Springer VS. 4. Aufl. https://doi.org/10.1007/978-3-531-19973-3_4 [Zugriff: 31.1.2024].
- Corbin, Juliet/Strauss, Anselm (1990): Grounded Theory Research: Procedures, Canons and Evaluative Criteria. In: *Zeitschrift für Soziologie*, Dezember 1990, Jg. 19, Heft 6. S. 418-427, Stuttgart: F. Enke Verlag. <https://www.jstor.org/stable/23845563> [Zugriff: 3.2.2024].
- Crăciun, Irina Catrinel (2023): *Förderung der Entwicklung im mittleren und höheren Lebensalter. Eine Perspektive der positiven Psychologie*. Switzerland: Springer Nature.
- Creighton, Genevieve/Oliffe, John/Ogrodniczuk, John/Frank, Blye (2017): “You’ve Gotta Be That Tough Crust Exterior Man”: Depression and Suicide in Rural-Based Men. In: *Qualitative Health Research*, 27 (12). S. 1882–1891. <https://doi.org/10.1177/1049732317718148> [Zugriff: 26.2.2024].
- CyberLink Corporation 5203.TW (2024): MyEdit. Online Bildbearbeitung Anbieter von Multimedia-Software und KI-Gesichtserkennungstechnologie. Bilder online bearbeiten mit KI - MyEdit [Zugriff: 2.1.2024].
- Dachverband für Männer-, Burschen-, und Väterarbeit in Österreich (2024): *Geschäftsfelder und Tätigkeiten*. Geschäftsfelder und Tätigkeiten | DMÖ (dmoe-info.at) [Zugriff: 26.1.2024].
- Dachverband Schweizer Männer- & Väterorganisationen (2024): *Über uns*. männer.ch - Dachverband der Schweizer Männer- und Väterorganisationen (maenner.ch) [Zugriff: 26.1.2024].
- DESTATIS Statistisches Bundesamt (2024): *Todesursachen Suizid*. Suizide in Deutschland - Statistisches Bundesamt (destatis.de) [Zugriff: 9.2.2024].
- Deutsch-Österreichische Klosterstudie (2024): *Comms*. In: <https://cloister-study.eu/COMMS/> [Zugriff: 6.2.2024].
- Dinges, Martin (2012): *Umgang von Männern mit Belastungen in Deutschland (ca. 1850-1980)*. In: Prömper, Hans/Jansen, Mechtild M./Ruffing, Andreas (Hrsg.): *Männer unter Druck*. Ein Themenbuch. Opladen/Berlin/Toronto: Verlag Barbara Budrich. S. 57-84.
- Dreier, Mareike/Baumgardt, Johanna/Bock, Thomas/Härter, Martin/The 8 Lives Team/Liebherz, Sarah (2021): *Development of an online suicide prevention program involving people with lived experience: ideas and challenges*. In: *Research Involvement Engagement* 7, 60. S. 1-14. <https://doi.org/10.1186/s40900-021-00307-9> [Zugriff: 6.2.2024].
- Dresing, Thorsten/Pehl, Thorsten (2018): *Praxisbuch Interview. Transkription & Analyse. Anleitung und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. Marburg: dr. dresing & pehl GmbH. 8. Aufl. www.audiotranskription.de/praxisbuch [Zugriff: 2.3.2024].
- Durkheim, Emile (1973): *Der Selbstmord*. Berlin: Neuwied.
- Elsen, Hilke (2023): *Gender – Sprache – Stereotype. Geschlechtersensibilität in Alltag und Unterricht*. Tübingen: Narr Francke Attempto Verlag GmbH. 2. Aufl.
- Erlemeier, Norbert (2002): *Suizidalität und Suizidprävention im Alter*. Band 212 *Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*. Stuttgart/Berlin/Köln: Verlag W. Kohlhammer.

- Erlemeier, Norbert/Sperling, Uwe (2014): Suizidalität im Alter. Die gerontologische Perspektive. In: Lindner, Reinhard/Hery, Daniela/Schaller, Sylvia/Schneider, Barbara/Sperling, Uwe (Hrsg.): Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen. Eine Publikation der Arbeitsgruppe »Alte Menschen« im Nationalen Suizidpräventionsprogramm in Deutschland. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag. S. 3-34.
- Eskin, Mehmet/Kujan, Omar/Voracek, Martin/Shahen, Amira/Carta, Mauro Giovanni/Sun, Jian-Min/Flood, Chris/Poyrazli, Senel/Janghorbani, Mohsen/Yoshimasu, Kouichi/Mechri, Anwar/Khader, Yousef/Aidoudi, Khouala/Bakhshi, Seifollah/Harlak, Hacer/Ahmead, Muna/Moro, Maria Francesca/Nawafleh, Hani/Phillips, Louise/Abuderman, Abdulwahab/Tran, Ulrich S./Tsuno Kanami (2016): Cross-national comparisons of attitudes towards suicide and suicidal persons in university students from 12 countries. In: *Scandinavian Journal Psychology* 57 (6). S. 554–563. <https://doi.org/10.1111/sjop.12318> [Zugriff: 30.1.2024].
- Europäische Kommission (2023): Mitteilung der Kommission an das Europäische Parlament, den Rat, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen über eine umfassende Herangehensweise im Bereich der psychischen Gesundheit. Brüssel. com_2023_298_1_act_de.pdf (europa.eu) [Zugriff: 30.1.2024].
- Europäische Union (2013): Revision of the European Standard Population. Report of Eurostat's task force. Luxembourg: Publications Office of the European Union. <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5926869/KS-RA-13-028-EN.PDF/e713fa79-1add-44e8-b23d-5e8fa09b3f8f> [Zugriff: 8.2.2024].
- Eurostat (2021): Suizide in europäischen Staaten im Jahr 2021 https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00122__custom_13673676/default/bar?lang=en [Zugriff: 9.11.2024].
- Fiedler, Georg/Müller-Pein, Hannah (2020): Suizidalität – die Dimension eines Phänomens. *Forum Psychoanal* (2020) 36. S. 141–147. <https://doi.org/10.1007/s00451-020-00398-2> [Zugriff: 20.1.2024].
- Franklin, Joseph C./Ribeiro, Jessica D./Fox, Kathryn R./Bentley, Kate H./Kleiman, Evan M./Huang, Xieying/Musacchio, Katherine M./Jaroszewski, Adam C./Chang, Bernard P./Nock, Matthew K. (2017): Risk Factors for Suicidal Thoughts and Behaviors. In: *Psychological Bulletin*, 143 (2). S. 187-232. <http://dx.doi.org/10.1037/bul0000084> [Zugriff: 29.1.2024].
- Franzkowiak, Peter (2006): Präventive Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. München: Ernst Reinhardt GmbH & Co KG Verlag.
- Frasl, Beatrice (2022): Patriarchale Belastungsstörung. Geschlecht, Klasse und Psyche. Innsbruck/Wien: Haymonverlag.
- Freeman, Aislinn/Mergl, Roland/Kohls, Elisabeth/Székely, András/Gusmao, Ricardo/Arensman, Ella/Koburger, Nicole/Hegerl, Ulrich/Rummel-Kluge, Christine (2017): A cross-national study on gender differences in suicide intent. In: *BMC Psychiatry* 17, 234. S. 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1398-8> [Zugriff: 23.1.2024].
- Freytag, Regula/Giernalczyk, Thomas (Hrsg.) (2001): Geschlecht und Suizidalität. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Frohnhofen, Herber (2008): Der christliche Glaube schützt vor Orientierungslosigkeit und Fehlorientierung. In: Papenkort, Ulrich (Hrsg.): Prävention. Fachübergreifende Einführung in eine besondere Interventionsform. St. Ottilien: EOS Verlag. S. 251-268.
- Gerisch, Benigna (2012): Suizidalität. Gießen: Psychosozial – Verlag.
- Gerngroß, Johanna, (2020a): Einführung in die Suizidprävention. In: Gerngroß, Johanna (Hrsg.): Suizidalität und Suizidprävention bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Stuttgart: Schattauer. S. 1-13.
- Gerngroß, Johanna (2020b): Grundlagen von Suizidalität und Suizid. In: Gerngroß, Johanna (Hrsg.): Suizidalität und Suizidprävention bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Stuttgart: Schattauer: S. 14-60.
- Gesellschaft zur Förderung seelischer Gesundheit GmbH – GFSG (2024): Angebote. Beratung - GFSG Gesellschaft zur Förderung seelischer Gesundheit GmbH [Zugriff: 9.2.2024].
- Gesundheitsfonds Steiermark (2018): Psychiatriebericht Steiermark 2017. Graz. Untitled (gesundheitsfonds-steiermark.at) [Zugriff: 20.2.2024].
- Gesundheitsland Kärnten (2024a): SUPRA Kärnten. SUPRA Kärnten – Gesundheitsland Kärnten [Zugriff: 24.1.2024].
- Gesundheitsland Kärnten (2024b): Wir helfen dir. Wir helfen dir – Gesundheitsland Kärnten [Zugriff: 24.1.2024].
- Geyer, Bernhard (2020): Suizidalität und Suizidprävention in Einsatzorganisationen am Beispiel der Feuerwehr. In: Gerngroß, Johanna (Hrsg.): Suizidalität und Suizidprävention bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Stuttgart: Schattauer. S. 209-222.
- Gilgoff, John N./Wagner, Fernando/Frey, Jodi J./Osteen, Philip J. (2022): Help-seeking and Man Therapy: The impact of an online suicide intervention. In: *Suicide and Life Threatening Behavior* 2023; 53. S. 154–162. <https://doi.org/10.1111/sltb.12929> [Zugriff: 20.2.2024].
- GO-ON Suizidprävention Steiermark (2024a): Wer wir sind. Wer wir sind – GO-ON – Suizidprävention Steiermark (suizidpraevention-stmk.at) [Zugriff: 4.1.2024].
- GO-ON Suizidprävention Steiermark (2024b): Evaluation von Veranstaltungen im Jahr 2023 (unveröffentlichtes Dokument).
- Grundmann, Matthias (2017): Sozialisation – Erziehung – Bildung: eine kritische Begriffsbestimmung. In: Becker, Rolf (Hrsg.): *Lehrbuch der Bildungssoziologie*. Wiesbaden: Springer VS. 3. Aufl. S. 63-88.
- Grundwald, Klaus/Thiersch, Hans (2016): Lebensweltorientierung. In: Grundwald, Klaus/Thiersch, Hans: *Praxishandbuch Lebensweltorientierung. Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern*. Weinheim/Basel: Beltz Juventa. S. 25-59.
- Hannover, Bettina/Wolter Ilka (2019): Geschlechtsstereotype: wie sie entstehen und sich auswirken. In: Kortendiek, Beate/Riegraf, Birgit/Sabisch, Katja (Hrsg.): *Handbuch Interdisziplinäre Geschlechterforschung*. Band 1. Wiesbaden: Springer VS. S. 201-210.
- Headsupguys (2024): About Headsupguys. About HeadsUpGuys | Who We Are and What We Do [Zugriff: 22.1.2024].

- Heesen, Boris von (2022): Was Männer kosten. Der hohe Preis des Patriachats. München: Wilhelm Heyne Verlag.
- Hericks, Katja (2019): Geschlechtsdifferenzierung: Klassifikation und Kategorisierung. In: Kortendiek, Beate/Riegraf, Birgit/Sabisch, Katja (Hrsg.): Handbuch Interdisziplinäre Geschlechterforschung. Band 1. Wiesbaden: Springer VS. S. 191-200.
- Herreen, Danielle/Rice, Simon/Currier, Dianne/Schlichthorst, Marisa/Zajac, Ian (2021): Associations between conformity to masculine norms and depression: age effects from a population study of Australian men. In: BMC Psychology 9, 32. S. 1-10. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00533-6> [Zugriff: 22.2.2024].
- Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter (2024): Angehörige für Angehörige. <https://www.hpe.at/> [Zugriff: 8.1.2024].
- Hilfswerk (2024): Soziale Angebote. Soziale Angebote - Hilfswerk Österreich [Zugriff: 22.2.2024].
- Hochreiter, Susanne/Stoller, Silvia (2018): Mann – Männer – Männlichkeiten. Zur Einführung. In: Hochreiter, Susanne/Stoller, Silvia (Hrsg.): Mann-Männer-Männlichkeiten. Interdisziplinäre Beiträge aus den Masculinity Studies. Wien: Praesens Verlag. S. 7-27.
- Hofer, Markus (2005): Mann Sein. Zu Risiken und Nebenwirkungen. In: Krall, Hannes (Hrsg.): Jungen- und Männerarbeit. Bildung, Beratung und Begegnung auf der „Baustelle Mann“. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 59-69.
- Hoffmann, Laura/Glaesmer, Heide/Wagner, Birgit/Spahn, Cora (2023): Männer in suizidalen Krisen. Ansätze für genderspezifische Suizidprävention und psychosoziale Versorgung. In: Psychotherapeuten Journal, 3/2023: 271-278. PTJ_2023_3_Artikel Hofmann et al.pdf (psychotherapeutenjournal.de) [Zugriff: 20.2.2024].
- Hollstein, Walter (2012): Das vergessene Geschlecht? Die einseitige Frauenförderung und ihre Folgen. In: Hurrelmann, Klaus/Schultz, Tanjev (Hrsg.): Jungen als Bildungsverlierer. Brauchen wir eine Männerquote in Kitas und Schulen? Weinheim/Basel: Beltz Juventa. S. 287-297.
- Illes, Franciska/Jendreyshak, Jasmin/Armgart, Carina/Juckel, Georg (2015): Suizide im beruflichen Kontext. Bewältigungsstrategien für Mitarbeiter im Gesundheitswesen und Rettungsdienst. Stuttgart: Schattauer.
- Institut für Männer- und Geschlechterforschung (2024): Unsere Forschung. | VMG (vmg-steiermark.at) [Zugriff: 20.1.2024].
- Institut für Suizidprävention Graz (IFSG) (2024): Aktivitäten. Aktivitäten – IFSG [Zugriff: 24.1.2024].
- International Association for Suicide Prevention (2023a): Suicide Prevention for Boys and Men. Suicide Prevention for Boys and Men - IASP [Zugriff: 23.2.2024].
- International Association for Suicide Prevention (2023b): Briefing Statements. International Association for Suicide Prevention - IASP [Zugriff: 24.1.2024].
- Israel, Matthias/Felber, Werner/Winiecki, Peter (2001): Geschlechtsunterschiede in der parasuizidalen Handlung. In: Freytag, Regula/Giernalczyk, Thomas (Hrsg.): Geschlecht und Suizidalität. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 28-44.

- Jantz, Olaf/Brandes, Susanne (2006): *Geschlechtsbezogene Pädagogik an Grundschulen. Basiswissen und Modelle zur Förderung sozialer Kompetenzen bei Jungen und Mädchen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Joiner, Thomas (2005): *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kaiser, Robert (2021): *Qualitative Experteninterviews. Konzeptionelle Grundlagen und praktische Durchführung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien. 2. Aufl.
- Kapusta Nestor D./Niederkrotenthaler Thomas/Etzersdorfer Elmar/Voracek Martin/Dervic Kanita, Jandi-Jager Elisabeth/Sonneck Gernot (2009): Influence of psychotherapist density and antidepressant sales on suicide rates. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2009 March 119 (3): 236-242. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2008.01314.x [Zugriff: 1.1.2024].
- Karnholz, Elisabeth (2020): Nach dem Suizid: Postvention. In: Gerngroß, Johanna (Hrsg.): *Suizidalität und Suizidprävention bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen*. Stuttgart: Schattauer. S. 251-268.
- Kast, Verena (2007): *Die heilende Kraft der Trauer*. Stuttgart: Kreuz Verlag GmbH.
- Kavvadas, Dimitrios/Kavvada, Asimoula/Karachrysafi, Sofia/Papaliagkas, Vasileios/Cheristanidis, Stavros/Chatzidimitriou, Maria/Papamitsou, Theodora (2022): Stress, Anxiety and Depression Prevalence among Greek University Students during COVID-19 Pandemic: A Two-Year Survey. In: *Journal of Clinical Medicine*, 11 (15), 4263: 1-16. <https://doi.org/10.3390/jcm11154263> [Zugriff: 27.1.2024].
- Keupp, Heiner (2020): Empowerment. In: Stecklina, Gerd/Weinforth, Jan (Hrsg.): *Handbuch. Lebensbewältigung und Soziale Arbeit. Praxis, Theorie und Empirie*. Weinheim/Basel: Beltz Juventa. S. 642-650.
- Khan, Anisur Rahman/Kopano Ratele/Rebecca Helman/Sipho Dlamini/Refiloe Makama (2020): "Masculinity and Suicide in Bangladesh." In: *OMEGA - Journal of Death and Dying*. 86 (1). S. 218-240 <https://doi.org/10.1177/0030222820966239> [Zugriff: 25.1.2024].
- Kielan, Aleksandra/Jaworski, Mariusz/Mosiotek, Anna/Chodkiewicz, Jan/Święcicki, Łukasz/Walewska-Zielecka, Bożena (2021): Occurrence of male depression symptoms, suicidal behaviors, alcohol and tobacco use and level of personal resources in three male groups. In: *Journal of Men's Health*, Vol. 17, no. 3. S. 77–87. <https://doi.org/10.31083/jomh.2021.035> [Zugriff: 26.1.2024].
- Kind, Jürgen (2001): Geschlechtertypische Suizidmotivation? Ein klinischer Eindruck. In: Freytag, Regula/Giernalczyk, Thomas (Hrsg.): *Geschlecht und Suizidalität*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 95-105.
- King, Kylie/Dow, Briony/Keogh, Louise/Feldman, Peter/Milner, Allison/Pierce, David/Chenhall, Richard/Schlichthorst, Marisa (2020): "Is Life Worth Living?": The Role of Masculinity in the Way Men Aged Over 80 Talk About Living, Dying, and Suicide. In: *American Journal of Men's Health*. September-October. S. 1–14. <https://doi.org/10.1177/1557988320966540> [Zugriff: 25.2.2024].
- Kirchengast, Anna/Scambor, Elli (2019): *GeFöM – Bedarfe. Bedarfe und Handlungsempfehlungen zur Gesundheitsförderung von Männern* in der Steiermark. Ergebnisbericht einer Bedarfsanalyse in Steirischen Regionen. Gefördert vom Land Steiermark/Gesundheit. GeFöM - Bedarfe und Handlungsempfehlungen zur*

- Gesundheitsförderung von Männern* in der Steiermark | VMG (vmg-steiermark.at) [Zugriff: 26.1.2024].
- Krall, Hannes (2005): Achtung „baustelle mann“! In: Krall, Hannes (Hrsg.): Jungen- und Männerarbeit. Bildung, Beratung und Begegnung auf der „Baustelle Mann“. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 7-12.
- Kratky, Robert/Schmidt, Daniela (2023): Kratky sucht das Glück... In: Ö3 Wecker. Hitradio Ö3. Kratky sucht das Glück - und findet: NESS! - oe3.ORF.at [Zugriff: 7.2.2024].
- Krisenhilfe Oberösterreich (2024): Unser Angebot. unser anbebot - Krisenhilfe OOE [Zugriff: 26.1.2024].
- Kriseninterventionszentrum Wien (2024a): Fortbildung. Fortbildung - Kriseninterventionszentrum [Zugriff: 26.1.2024].
- Kriseninterventionszentrum Wein (2024b): Unterstützung und Beratung für Väter in Krisen. Unterstützung und Beratung für Väter in Krisen Start - Unterstützung und Beratung für Väter in Krisen (vaeter-in-krisen.at) [Zugriff: 26.2.2024].
- Kruse, Andreas (2017): Lebensphase hohes Alter. Verletzlichkeit und Reife. Heidelberg: Springer Verlag.
- Kruse, Jan (2015): Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz. Weinheim/Basel: Beltz Juventa. 2. Aufl.
- Kuster, Friederike (2019): Mann – Frau: die konstitutive Differenz der Geschlechterforschung. In: Kortendiek, Beate/Riegraf, Birgit/Sabisch, Katja (Hrsg.): Handbuch Interdisziplinäre Geschlechterforschung. Band 1. Wiesbaden: Springer VS. S. 3-12.
- Kübler-Ross, Elisabeth (2009): Interviews mit Sterbenden. Freiburg: Kreuz Verlag GmbH.
- Land Oberösterreich (2024): Weil es das Leben wert ist. Land Oberösterreich - Weil es das Leben wert ist – Suizidprävention SUPRA startet mit 1. April in Oberösterreich (land-oberoesterreich.gv.at) [Zugriff: 26.1.2024]
- Land Salzburg (2024): Suizidprävention Salzburg SUPRA. Suizidprävention Salzburg SUPRA - Land Salzburg [Zugriff: 26.1.2024].
- Landweer, Hilge (2019): Gefühle: Von der Geschlechter- und der Emotionsforschung zu den Affect Studies. In: Kortendiek, Beate/Riegraf, Birgit/Sabisch, Katja (Hrsg.): Handbuch Interdisziplinäre Geschlechterforschung. Band 2. Wiesbaden: Springer VS. S. 1083-1092.
- Lebenswert (2024): Suizidprävention in Salzburger Schulen. lebenswert - AVOS Salzburg (gesundessalzburg.at) [Zugriff: 23.1.2024].
- Lee, Min-Ah/Kim, Seokho/Shim, Eun-Jung (2012): Exposure to suicide and suicidality in Korea: differential effects across men and women? In: The International Journal of Social Psychiatry, 59 (3). S. 224–231. <https://doi.org/10.1177/0020764012441296> [Zugriff: 22.2.2024].
- Liebold Renate/Trinczek, Rainer (2009): Experteninterview. In: Kühl Stefan, Strodtholz Petra, Taffertshofer Andreas (Hrsg.): Handbuch Methoden der Organisationsforschung. Quantitative und Qualitative Methoden. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; GWV Fachverlage GmbH. S. 32-56.
- Lindner, Reinhard (2010): Psychodynamische Hypothesen zur Suizidalität bei älteren Männern. In: Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 2010; 60.

- S. 290–297. Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag KG. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0029-1237387> [Zugriff: 29.1.2024].
- Lindner, Reinhard/Schneider, Barbara/Wächtler, Claus (2014): Suizidprävention im Alter. In: Lindner, Reinhard/Hery, Daniela/Schaller, Sylvia/Schneider, Barbara/Sperling, Uwe (Hrsg.): Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen. Eine Publikation der Arbeitsgruppe »Alte Menschen« im Nationalen Suizidpräventionsprogramm in Deutschland. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag. S. 67-74.
- Lindner, Reinhard (2020): Psychoanalytisch orientierte Studien zur Suizidalität im Alter. *Forum der Psychoanalyse* 36. S. 149–161. Springer Medizin Verlag GmbH. <https://doi.org/10.1007/s00451-020-00394-6> [Zugriff: 20.1.2024].
- Luterbach, Matthias (2021): Geschlechterforschung: Grundlagen einer geschlechterreflektierten Praxis der Männerarbeit. In: Theunert, Markus/Luterbach, Matthias (Hrsg.): Mann sein...!? Geschlechterreflektiert mit Jungen, Männern und Vätern arbeiten. Ein Orientierungsrahmen für Fachleute. Weinheim/Basel: Beltz Juventa. S. 26-52.
- Lutschewitz, Claudia (2020): Philosophie im Leadership. Sokrates als Inspiration und Empowerment. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Łyszczarz, Błażej (2021): Production losses attributable to suicide deaths in European Union. In: *BMC Public Health* 21: 950. S. 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11010-5> [Zugriff: 26.1.2024].
- Maramis, Margarita M./Pantouw, Jakobus G./Lesmana, Cokorda Bagus Jaya (2021): Depression screening in Surabaya Indonesia: Urgent need for better mental health care for high-risk communities and suicide prevention for men. In: *The International Journal of Social Psychiatry*, 67 (5). S. 421–431. <https://doi.org/10.1177/0020764020957359> [Zugriff: 26.1.2024].
- MÄNNERINFO (2024): Über uns. Startseite - Männerinfo | MÄNNERINFO (maennerinfo.at) [Zugriff: 26.1.2024].
- Männernotruf (2024): Über uns. Über uns - Männernotruf Gemeinnütziger Verein gegen Gewalt 0800 246247 (maennernotruf.at) [Zugriff: 26.1.2024].
- McKenzie, Sarah K./Oloff, John L./Black, Alice/Collings, Sunny (2022): Men's Experiences of Mental Illness Stigma Across the Lifespan: A Scoping Review. In: *American Journal of Men's Health*. <https://doi.org/10.1177/15579883221074789> [Zugriff: 25.2.2024].
- MEN (2024): Gesundheitszentrum für Männer und Burschen. MEN Männergesundheitszentrum (men-center.at) [Zugriff: 25.1.2024].
- Mertens, Wolfgang (2016): Psychoanalyse. In: Horlacher, Stefan/Jansen, Bettina/Schwanebeck, Wieland (Hrsg.): Männlichkeit. Ein interdisziplinäres Handbuch. Stuttgart: Springer Verlag GmbH. S. 168-177.
- Merton, Robert K./Fiske, Marjorie/Kendall, Patricia L. (1956): *The Focused Interview. A Manual of Problems and Procedures*. Glencoe, IL: Free Press.
- Meuser, Michael/Nagel, Ulrike (2009): Das Experteninterview — konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage. In: Pickel, Susanne/Pickel, Gert/Lauth, Hans-Joachim/Jahn, Detlef (Hrsg.): *Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft. Neue Entwicklungen und Anwendungen*. Wiesbaden: VS Verlag

- für Sozialwissenschaften. S. 465-479. https://doi.org/10.1007/978-3-531-91826-6_23 [Zugriff: 8.2.2024].
- Meuser, Michael (2010): *Geschlecht und Männlichkeit. Soziologische Theorie und kulturelle Deutungsmuster*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 3. Aufl.
- Meuser, Michael (2016): *Religion und Theologie*. In: Horlacher, Stefan/Jansen, Bettina/Schwanebeck, Wieland (Hrsg.): *Männlichkeit. Ein interdisziplinäres Handbuch*. Stuttgart: Springer Verlag GmbH. S. 218-236.
- Micus-Loos, Christiane (2013): *Herausforderungen genderbezogener Sozialer Arbeit*. In: Sabla, Kim-Patrick/Plößler, Melanie (Hrsg.): *Gendertheorien und Theorien Sozialer Arbeit. Bezüge, Lücken und Herausforderungen*. Opladen/Berlin/Toronto: Verlag Barbara Budrich. S. 179-198.
- Moreno, Ximena/Gajardo, Jean/Monsalves, Maria Jose (2022): *Gender differences in positive screen for depression and diagnosis among older adults in Chile*. In: *BMC geriatrics*, 22 (1), 54. S. 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02751-y> [Zugriff: 22.2.2024].
- Möller-Leimkühler, Anne Maria (2020): *Vom Dauerstress zur Depression. Wie Männer mit psychischen Belastungen umgehen und sie besser bewältigen können*. Munderfing: Fischer & Gann. 2. Aufl.
- Muheim, Flavio/Eichhorn, Martin/Berger, Pascal/Czernin, Stephanie/Stoppe, Gabriella/Keck, Merlea/Riecher-Rössler, Anita (2013): *Suicide attempts in the county of Basel: results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour*. In: *Swiss Med Wkly*. 2013; 143: w13759. S. 1-15. doi:10.4414/smw.2013.13759 [Zugriff: 30.1.2024].
- Narishige, Ryuichiro/Kawashima, Yoshitaka/Otaka, Yasushi/Saito, Takuya/Okubo, Yoshiro (2014): *Gender differences in suicide attempters: a retrospective study of precipitating factors for suicide attempts at a critical emergency unit in Japan*. In: *BMC Psychiatry* 14, 144. S. 1-7. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-144> [Zugriff: 6.2.2024].
- Nicholas, Angela/Niederkrotenthaler, Thomas/Reavley, Nicola/Pirkis, Jane/Jorm, Anthony/Spittal, Matthew J. (2020): *Belief in suicide prevention myths and its effect on helping: a nationally representative survey of Australian adults*. In: *BMC Psychiatry* 20, 303. S. 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02715-9> [Zugriff: 6.2.2024].
- Oexle, Nathalie/Rüsch, Nicolas (2018): *Stigma – Risikofaktor und Konsequenz suicidalen Verhaltens. Implikationen für die Suizidprävention*. In: *Nervenarzt* 2018, 89. S. 779–783. *Stigma—Risikofaktor und Konsequenz suicidalen Verhaltens: Implikationen für die Suizidprävention*. (apa.org) [Zugriff: 27.1.2024].
- Oexle, Nathalie/Feigelman, William/Sheehan, Lindsay (2020): *Perceived suicide stigma, secrecy about suicide loss and mental health outcomes*. In: *Death Studies*, 44:4. S. 248-255. *Perceived suicide stigma, secrecy about suicide loss and mental health outcomes - PubMed (nih.gov)* [Zugriff: 27.2.2024].
- Olliffe, John L./Broom, Alex/Popa, Michaela/Jenkins, Emily K./Rice, Simon M./Ferlatte, Oliver/Rosnagel, Emma (2018): *Unpacking Social Isolation in Men’s Suicidality*. In: *Qualitative Health Research*, 29 (3). S. 315–327. *Unpacking Social Isolation in Men’s Suicidality - PubMed (nih.gov)* [Zugriff: 26.1.2024].

- Orden, Kimberly van/Witte, Tracy/Cukrowicz, Kelly/Braithwalte, Scott R./Selby, Edward A./Joiner, Jr., Thomas E. (2010): The Interpersonal Theory of Suicide. In: NIH Public Access. *Psychological review*, 117 (2): 575–600. <https://doi.org/10.1037/a0018697> [Zugriff: 6.2.2024].
- Oritz-Müller, Wolf (2021): Krisenintervention: Theorie, Handlungsmodell und praktisches Vorgehen. In: Ortiz-Müller, Wolf/Gutwinski, Stefan/Gahlleitner, Silke Brigitta (Hrsg.): *Praxis Krisenintervention. Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH. 3. Aufl. S. 47-65.
- Österreichische Gesellschaft für Suizidprävention (2024a): Allgemeines. Österreichische Gesellschaft für Suizidprävention - ÖGS (suizidpraevention.at) [Zugriff: 24.1.2024].
- Österreichische Gesellschaft für Suizidprävention (2024b): Selbsthilfegruppen. Österreichische Gesellschaft für Suizidprävention - ÖGS (suizidpraevention.at) [Zugriff: 30.1.2024].
- Österreichische Kompetenz- und Servicestelle für Selbsthilfe (2024): Verzeichnisse. Verzeichnisse | ÖKUSS - Österreichische Kompetenz- und Servicestelle für Selbsthilfe [Zugriff: 10.11.2024].
- Österreichische Rotes Kreuz (2024): Psychische Extremsituationen. Krisenintervention – Rotes Kreuz [Zugriff: 7.1.2024].
- Ovsyanik, Olga A./Nesterova, Albina A./Sidyacheva, Natalia V. (2022): Gender Features of Coping Strategies in Men and Women. In: *RUDN Journal of Psychology and Pedagogics*. 2022 Vol. 19 No. 4. S. 765–780. Gender Features of Coping Strategies in Men and Women - PDF (English) - Ovsyanik - *RUDN Journal of Psychology and Pedagogics* [Zugriff: 30.1.2024].
- Padfield, Maureen/Procter, Ian (1996): The effect of interviewers's gender on the interviewing process: a comparative enquiry. In: Sage Publications, *Sociology*, May 1996, Vol. 30, No. 2. S. 355-366. <https://www.jstor.org/stable/42855686> [Zugriff: 3.1.2024].
- Pangritz, Joanna (2021): Caring Marculities Bedeutung, Überlegungen und Einwände aus der Perspektive erziehungswissenschaftlicher Geschlechterforschung. In: Kleinert, Ann-Christin/Palenberg, Amanda Louise/Froböse, Claudia/Ebert, Jenny/Gerlach, Miriam Daniela/Ullmann, Henriette/Veenker, Jaqueline/Dill, Katja (Hrsg.): *Interdisziplinäre Beiträge zur Geschlechterforschung. Repräsentationen, Positionen, Perspektiven*. Opladen/Berlin/Toronto: Verlag Barbara Budrich. S. 115-130.
- Papainfo (2024): Home. papainfo: Die Website für Väter [Zugriff: 7.1.2024].
- Papenkort, Ulrich (2008): Prävention: Wort, Felder und Begriff: In: Papenkort, Ulrich (Hrsg.): *Prävention. Fachübergreifende Einführung in eine besondere Interventionsform*. St. Ottilien: EOS Verlag. S. 9-40.
- Park, Soowon/Kim, Min-Ji/Cho, Maeng Je/Lee, Jun-Young (2015): Factors affecting stigma toward suicide and depression: A Korean nationwide study. In: *International Journal of Social Psychiatry*. 2015 Dec,61 (8). S. 811-817. Factors affecting stigma toward suicide and depression: A Korean nationwide study - PubMed (nih.gov) [Zugriff: 27.2.2024].
- Pech, Detlef (2006): Männlichkeitsbewältigungen – Sucht und Suchen aus der Perspektive kritischer Männerforschung. In: Jacob, Jutta/Stöver, Heino (Hrsg.): *Sucht und*

- Männlichkeiten. Entwicklung in Theorie und Praxis der Suchtarbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 41-50.
- Pirkis Jane/King, Kylie/Rice, Simon/Seidler, Zac, Leckning, Bernard/Oliffe, John L./Vella, Stewart/Schlichthorst, Marisa (2022): Preventing Suicide in Boys and Men. In: Pompili, Maurizio: Suizide Risk Assessment and Prevention. Schweiz: Springer Nature. S. 483-494.
- Plan International Deutschland e.V. (2023): Spannungsfeld Männlichkeit. So ticken junge Männer zwischen 18 und 35 Jahren in Deutschland. Hamburg. Umfrage von Plan International: So wird Männlichkeit in Deutschland gelebt [Zugriff: 22.1.2024].
- Plößer, Melanie (2012): Beratung durch die (Gender-)Differenzbrille betrachtet. In: Bütow, Birgit/Munsch, Chantal (Hrsg.): Soziale Arbeit und Geschlecht. Herausforderungen jenseits von Universalisierung und Essentialisierung. Münster: Verlag Westfälisches Dampfboot. 2. Aufl. S. 196-211.
- Plus – das österreichische Präventionsprogramm (2024): Beschreibung. plus - Das österreichische Präventionsprogramm für die 10- bis 14-Jährigen (suchtvorbeugung.net) [Zugriff: 29.1.2024].
- Pöldinger, Walter (1968): Die Abschätzung der Suizidalität. Bern: Huber.
- Pro mente Austria (2024a): Erste Hilfe für die Seele. Eine Initiative von pro mente Austria. Erste Hilfe für die Seele – Eine Initiative der pro mente | Austria (erstehilfefuerdieseele.at) [Zugriff: 9.2.2024].
- Pro mente Austria (2024b): Unsere Angebote. Bundesländerübersicht: pro mente Austria | Gesellschaft für psychische und soziale Gesundheit [Zugriff: 9.2.2024].
- Przyborski, Aglaja/Wohlrab-Sahr, Monika (2014): Qualitative Sozialforschung: ein Arbeitsbuch. München: Oldenbourg. 4. Aufl.
- Przyborski, Aglaja/Wohlrab-Sahr, Monika (2021): Qualitative Sozialforschung: ein Arbeitsbuch. Berlin/Boston: Walter de Gruyter GmbH. 5. Aufl.
- Psychisch fit studieren (2024): Prävention. Gesundheitsfonds Steiermark. Plattform Psyche: Prävention - Gesundheitsfonds Steiermark (gesundheitsfonds-steiermark.at) [Zugriff: 22.1.2024].
- Psychosoziales Netzwerk (2024): Angebote. Angebote – PSN Psychosoziales Netzwerk – gemeinnützige GmbH [Zugriff: 22.2.2024].
- Psychosoziale Zentren (2024): Psychosozialer Dienst (PSD). Psychosoziale Zentren gGmbH: Psychosozialer Dienst (PSD) (psz.co.at) [Zugriff: 22.2.2024].
- Quente, Michaela (2020): Hochschule – Geschlecht – Fachkultur. Zur Wahrnehmung des Minderheitenstatus in geschlechtsuntypischen Studienfächern. Wiesbaden: Springer VS.
- Rachor, Christina (2001): Der »weibliche Suizidversuch« Geschlechterstereotypen und suizidales Verhalten von Mann und Frau. In: Freytag, Regula/Giernalczyk, Thomas (Hrsg.): Geschlecht und Suizidalität. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 45-67.
- Reichel, René (2018): Vom Sinn des Sterbens. Gedanken und Anregungen für den Umgang mit Sterben und Sterbenwollen. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Reichertz, Jo (2020): Qualitative und interpretative Sozialforschung – Ein nicht neutraler Überblick. In: Donlic, Jasmin/Strasser, Irene (Hrsg.): Gegenstand und

- Methoden qualitativer Sozialforschung: Einblicke in die Forschungspraxis. Opladen/Berlin/Toronto: Verlag Barbara Budrich GmbH. S. 15-36.
- Reily, Natalie M./Tang, Samantha/Batterham, Philip J./Adam, Bani/Draper, Brian/Shand, Fiona/Han, Jin/Nicholas, Angela/Christensen, Helen (2023): Help-Seeking and Barriers to Service Use amongst Men with Past-Year Suicidal Ideation and not in Contact with Mental Health Services. In: Archives of Suicide Research. S. 1-17. <https://doi.org/10.1080/13811118.2023.2190781> [Zugriff: 10.2.2024].
- Reisch, Thomas (2012): Wo kann Suizidprävention ansetzen? Vorschlag eines 6 Phasen-Modells suizidaler Krisen. In: Psychiatrische Praxis 2012; 39. S. 257–258. Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag KG. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1305205> [Zugriff: 22.1.2024].
- Rendtorff, Barbara/Riegraf, Birgit (2016a): Geschlechterforschung und Theorien der Geschlechterverhältnisse. In: Rendtorff, Barbara/Kleinau, Elke/Riegraf, Birgit: Bildung – Geschlecht – Gesellschaft. Eine Einführung. Weinheim/Basel: Beltz Verlag. S. 9-58.
- Rendtorff, Barbara/Riegraf, Birgit (2016b): Bildung als Geschlechterbildung. In: Rendtorff, Barbara/Kleinau, Elke/Riegraf, Birgit: Bildung – Geschlecht – Gesellschaft. Eine Einführung. Weinheim/Basel: Beltz Verlag. S. 109-143.
- Rettet das Kind (2024): Hilfsangebote: Hilfsangebote – RETTET DAS KIND-Österreich (rettet-das-kind.at) [Zugriff: 9.2.2024].
- Rheinberg, Falko/Vollmeyer, Regina (2019): Motivation. Stuttgart: W. Kohlhammer. 9. Aufl.
- Rice, Simon, M./Olliffe, John, L./Kealy, David/Seidler Zac, E./Ogrodniczuk, John, S. (2020): Men’s Help-Seeking for Depression: Attitudinal and Structural Barriers in Symptomatic Men. In: Journal of Primary Care & Community Health. 2020; 11. S. 1-6. doi:10.1177/2150132720921686 [Zugriff: 9.2.2024].
- Richardson, Carla/Robb, Kathryn, A./O’Connor, Rory, C. (2021): A systematic review of suicidal behaviour in men: A narrative synthesis of risk factors. In: Social science & medicine (1982), 276, 113831. S. 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113831> [Zugriff: 9.2.2024].
- Ringel, Erwin (1953): Der Selbstmord. Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung. Wien: Maudrich.
- Ringel, Erwin (1980): Selbstmord – Appell an die anderen. Eine Hilfestellung für Gefährdete und ihre Umwelt. München: Chr. Kaiser Verlag.
- Ringel, Erwin (1986): Das Leben wegwerfen. Reflexion über Selbstmord. Wien: Herder & Co. 3. Aufl.
- Risch, Nathan/Alacreu-Crespo, Adrian/Khan, Shazma/Caceda, Ricardo/Teismann, Tobias/Rogers, Megan L./Courtet, Philippe/Olié, Emilie (2024): Pain tolerance and threshold in suicide attempters: A systematic review and meta-analysis. In: Psychiatry Research, Volume 331, 115618. S. 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115618> [Zugriff: 25.2.2024].
- River Jo (2018): Diverse and Dynamic Interactions: A Model of Suicidal Men’s Help Seeking as It Relates to Health Services. In: American Journal of Men’s Health, 12 (1). S. 150–159. Diverse and Dynamic Interactions: A Model of Suicidal Men’s

- Help Seeking as It Relates to Health Services - PMC (nih.gov) [Zugriff: 25.1.2024].
- Roskar, Saska/Bracic, Mark Floyd/Kolar, Urska/Lekic, Ksenia/Juricic, Nusa Konec/Grum Alenka Tancic/Dobnik, Bogdan/Postuvan, Vita/Vatovec, Mojca Vatovec (2017): Attitudes within the general population towards seeking professional help in cases of mental distress. In: *International Journal of Social Psychiatry*. Nov, 63 (7). S. 614-621. <https://doi.org/10.1177/0020764017724819> [Zugriff: 27.2.2024].
- Rutz, Wolfgang (2001): Preventing suicide and premature death by education and treatment. In: *Journal of Affective Disorders* 62. S. 123–129. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00356-6](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00356-6) [Zugriff: 28.1.2024].
- Rüsch, Nicolas (2021): *Das Stigma psychischer Erkrankung. Strategien gegen Ausgrenzung und Diskriminierung*. Wissenschaftsbasiertes Sachbuch. München: Elsevier GmbH.
- Sagar-Ouriaghli, Ilyas/Brown June S.L./Tailor, Vijay/Godfrey, Emma (2020): Engaging male students with mental health support: a qualitative focus group study. In: *BMC Public Health* 20, 1159. S. 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09269-1> [Zugriff: 27.2.2024].
- Sauerberg, Markus/Klüsener, Sebastian/Mühlichen, Michael/Grigoriev, Pavel (2023): Sex differences in cause-specific mortality: regional trends in seven European countries, 1996–2019. In: *European Journal of Public Health*, 2023. S. 1-8. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad111> [Zugriff: 16.2.2024].
- Sagerschnig, Sophie/Pichler, Michaela/Grabenhofer-Eggerth, Alexander (2023): *Surveillance psychosoziale Gesundheit: Aktuelle Ergebnisse (Stand 27. September 2023)*. Factsheet. Gesundheit Österreich, Wien. S. 1-12. Factsheet Sept. 2023 (goeg.at) [Zugriff: 28.1.2024].
- Schaller, Sylvia/Teising, Martin/Lindner, Reinhard/Wächtler, Claus (2014): Erklärungsansätze. In: Lindner, Reinhard/Hery, Daniela/Schaller, Sylvia/Schneider, Barbara/Sperling, Uwe (Hrsg.): *Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen. Eine Publikation der Arbeitsgruppe »Alte Menschen« im Nationalen Suizidpräventionsprogramm in Deutschland*. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag. S. 47-58.
- Schäfer, Markus (2019): Kommunikation über Suizide. In: Rossmann, Constanze/Hastall, Mathias R. (Hrsg.): *Handbuch der Gesundheitskommunikation. Kommunikationswissenschaftliche Perspektiven*. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 591-602.
- Schlojer, Carmen (2024): Ein Plädoyer für eine gendersensible Suizidprävention. In: Lauermaun, Karin/More, Rahel/Sigot, Marion/Sting, Stephan (Hrsg.): *Soziale Arbeit zwischen Inklusion und Exklusion. Perspektiven aus Forschung und Praxis*. Schriftenreihe der ÖFEB-Sektion Sozialpädagogik, Band 17. Opladen/Berlin/Toronto: Verlag Barbara Budrich. S. 179-190.
- Schmidt, Gunther (2019): *Hypnosystemische Krisenberatung: Wie Opfer-Erleben zu Empowerment und konstruktiver Lösungsentwicklung transformiert wird*. In: Schmidt, Gunther/Dollinger, Anna/Müller-Kalthoff, Björn (Hrsg.): *Gut beraten in der Krise. Konzepte und Werkzeuge für ganz alltägliche Ausnahmesituationen*. Bonn: managerSeminare Verlags GmbH. 4. Aufl. S. 21-64.

- Schneider, Barbara/Wächtler, Claus/Schaller, Sylvia/Erlemeier, Norbert/Hirsch, Rolf (2014): Einflussfaktoren für Suizid und Suizidalität im Alter. In: Lindner, Reinhard/Hery, Daniela/Schaller, Sylvia/Schneider, Barbara/Sperling, Uwe (Hrsg.): Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen. Eine Publikation der Arbeitsgruppe »Alte Menschen« im Nationalen Suizidpräventionsprogramm in Deutschland. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag. S. 35-46.
- Schneider, Barbara/Wetterling, Tilmann (2016): Sucht und Suizidalität. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Schneider, Barbara/Reif, Andreas/Wagner, Birgit/Wolfersdorf, Manfred (2022): Warum brauchen wir Leitlinien für Suizidprävention? In: Bundesgesundheitsblatt 65. S. 58–66. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03468-w> [Zugriff: 27.1.2024].
- Scholz, Sylka. (2019): Männlichkeitsforschung: die Hegemonie des Konzeptes „hegemoniale Männlichkeit“. In: Kortendiek, Beate/Riegraf, Birgit/Sabisch, Katja (Hrsg.): Handbuch Interdisziplinäre Geschlechterforschung. Band 1. Wiesbaden: Springer VS. S. 419-428.
- Schulte-Wefers, Hella/Wolfersdorf Manfred (2006): Suizidalität bei Männern. In: Der Mann. Wissenschaftliches Journal für Männergesundheit. Blickpunkt der Mann 2006, 4 (2). S. 10-18. Suizidalität bei Männern (kup.at) [Zugriff: 27.2.2024].
- Scotti Requena, Simone/Pirkis, Jane/Currier, Dianne/Nicholas, Angela/Arantes, Adriano A./Armfield, Nigel R. (2022): The Origins and Evolution of the Field of Masculinity and Suicide: A Bibliometric and Content Analysis of the Research Field. In: Archives of Suicide Research: official journal of the International Academy for Suicide Research. S. 1-15. The Origins and Evolution of the Field of Masculinity and Suicide: A Bibliometric and Content Analysis of the Research Field - PubMed (nih.gov) [Zugriff: 27.2.2024].
- Seidler, Zac E./Wilson, Michael J./Olliffe, John L./Fisher, Krista/O'Connor, Rory/Pirkis, Jane/Rice, Simon M. (2023): Suicidal ideation in men during COVID-19: an examination of protective factors. In: BMC Psychiatry 23, 46 (2023). S. 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04539-9> [Zugriff: 9.2.2024].
- Shahwan, Shazana/Hua Lau, Jue/Min, Chong/Goh, Janrius/JieOng, Wie/Hng Tan, Gregory Tee/Woon Kwok, Kian/Samari, Ellaisha/Lee, Ying Ying/Teh, Wen Lin/Seet, Vanessa/Chang, Sherilyn/Chong, Siow Ann/Subramaniam, Mythily (2020): The potential impact of an anti-stigma intervention on mental health help-seeking attitudes among university students. In: BMC Psychiatry 20, 562. S. 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02960-y> [Zugriff: 27.2.2024].
- Sharp, Paul/Zhu, Patricia/, Ogrodniczuk, John S./Seidler, Zac E./Wilson, Michael J./Fisher, Krista/Olliffe, John L. (2023): “Hey Amir, How Are You REALLY Doing?”: Participant Perspectives of a Peer-Based Suicide Prevention Campaign for Men. In: American Journal of Men’s Health. 2023; 17 (5). S. 1-9. doi:10.1177/15579883231209189 [Zugriff: 9.2.2024].
- Sheehan, Lindsay L./Corrigan, Patrick W./Al-Khouja, Maja A./Stigma of Suicide Research Team (2017): Stakeholder Perspectives on the Stigma of Suicide Attempt Survivors. Crisis, 38 (2). S. 73–81. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000413> [Zugriff: 13.2.2024].

- Software für qualitative und Mixed-Methods-Datenanalyse MAXQDA (2024): Downloads und Updates. MAXQDA Updates | Immer auf dem neuesten Stand [Zugriff: 22.2.2024].
- Sonneck, Gernot/Kapusta, Nestor/Tomandl, Gerald/Voracek, Martin (Hrsg.) (2016): Krisenintervention und Suizidverhütung. Wien: facultas. 3. Aufl.
- Staiger, Tobias/Waldmann, Tamara/Rüsch, Nicolas/Krumm, Silvia (2017): Barriers and facilitators of help-seeking among unemployed persons with mental health problems: a qualitative study. In: BMC health services research, 17 (1), 39. S. 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-1997-6> [Zugriff: 6.2.2024].
- Stallberg, Friedrich W. (2021): Die Entdeckung der Einsamkeit. Der Aufstieg eines unerwünschten Gefühls zum sozialen Problem. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Statistik Austria (2021): Todesursachenstatistik aus dem Jahr 2020 [Dataset]. Startseite - STATISTIK AUSTRIA - Die Informationsmanager [Zugriff: 10.12.2022].
- Statistik Austria (2023): Todesursachenstatistik aus dem Jahr 2022 [Dataset]. Startseite - STATISTIK AUSTRIA - Die Informationsmanager [Zugriff: 27.12.2023].
- Statistik Austria (2024): Todesursachenstatistik aus dem Jahr 2023 [Dataset]. Startseite - STATISTIK AUSTRIA - Die Informationsmanager [Zugriff: 17.9.2024].
- Stein, Claudius (2019): Die Psychodynamik der Suizidalität. In: Psychotherapie Forum (2019) 23. S. 81–86. <https://doi.org/10.1007/s00729-019-00124-2> [Zugriff: 19.1.2024].
- Stiawa, Maja/Müller, Stierlin, Annabel/Staiger, Tobias/Killian, Reinhold/Becker, Thomas/Gündel, Harald/Beschoner, Petra/Grinschgl, Achim/Frasch, Karel/Schmauß, Max/Panzirsch, Maria/Mayer, Lea/Sittenberger, Elisa/Krumm, Silvia (2020): Mental health professionals view about the impact of male gender for the treatment of men with depression - a qualitative study. In: BMC psychiatry, 20 (1), 276. S. 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02686-x> [Zugriff: 22.2.2024].
- Stiehler, Steve (2009): Männerfreundschaften. Grundlagen und Dynamiken einer vernachlässigten Ressource. Weinheim/München: Juventa Verlag.
- Sting, Stephan/Blum, Cornelia (2003): Soziale Arbeit und Suchtprävention. München: Ernst Reinhard Verlag.
- Stöver, Heino (2006): Mann, Rausch, Sucht: Konstruktion und Krisen von Männlichkeiten. In: Jacob, Jutta/Stöver, Heino (Hrsg.): Sucht und Männlichkeiten. Entwicklung in Theorie und Praxis der Suchtarbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 21-40.
- Strauss Anselm/Corbin Juliet (1996): Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Strenz, Holger (2022): Männer*arbeit. In: Ehlert, Gudrun/Funk, Heide/Stecklina, Gerd (Hrsg.): Grundbegriffe Soziale Arbeit und Geschlecht. Weinheim/Basel: Beltz Juventa. 2. Aufl. S. 376-379.
- Struszczyk, Sophia/Galdas, Paul M./Tiffin, Paul A. (2019): Men and suicide prevention: a scoping review. In: Journal of Mental Health, 28:1. S. 80-88. DOI:10.1080/09638237.2017.1370638 [Zugriff: 9.2.2024].
- Strübing, Jörg (2013): Qualitative Sozialforschung: Eine komprimierte Einführung für Studierende. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag. <https://doi.org/10.1524/9783486717594> [Zugriff: 8.1.2024].

- Strübing, Jörg (2014): Grounded Theory und Theoretical Sampling. In: Baur, Nina/Blasius, Jörg (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 457-472.
- Suicide Prevention Resource Center (SPRC) (2016): Preventing Suicide among Men in the Middle years: Recommendations for Suicide Prevention Programs. Waltham, MA: Education Development Center, Inc. [sprc.org/wp-content/uploads/2022/12/SPRC_MiMYReportFinal_0-1.pdf](https://www.sprc.org/wp-content/uploads/2022/12/SPRC_MiMYReportFinal_0-1.pdf) [Zugriff: 18.2.2024].
- SUPRO – Gesundheitsförderung und Prävention (2024): Angebote. SUPRO Stiftung Maria Ebene — Stiftung Maria Ebene [Zugriff: 2.1.2024].
- Süfke, Björn/Neumann, Wolfgang (2012): Männer in der Psychotherapie – ein doppeltes Dilemma. In: Prömper, Hans/Jansen, Mechthild M./Ruffing, Andreas (Hrsg.): Männer unter Druck. Ein Themenbuch. Opladen/Berlin/Toronto: Verlag Barbara Budrich. S. 235-252.
- Tatz, Colin/Tatz, Simon (2019): The Sealed Box of Suicide. The Contexts of Self-Death. Switzerland: Springer Nature.
- Theunert, Markus/Luterbach, Matthias (2021a): Herleitung des fachlichen Orientierungsrahmens. In: Theunert, Markus/Luterbach, Matthias (Hrsg.): Mann sein...!? Geschlechterreflektiert mit Jungen, Männern und Vätern arbeiten. Ein Orientierungsrahmen für Fachleute. Weinheim/Basel: Beltz Juventa. S. 92-99.
- Theunert, Markus/Luterbach, Matthias (2021b): Orientierungsrahmen: das Konzept der dreifachen Entwicklung. In: Theunert, Markus/Luterbach, Matthias (Hrsg.): Mann sein...!? Geschlechterreflektiert mit Jungen, Männern und Vätern arbeiten. Ein Orientierungsrahmen für Fachleute. Weinheim/Basel: Beltz Juventa. S. 100-123.
- Thomas, William Isaac (1928): The Methodology of Behavior Study. In: The Child in America: Behavior Problems and Programs, Chapter 13. New York: Alfred A. Knopf. S. 553–576. W.I. Thomas & Dorothy S. Thomas: The Child in America: Behavior Problems and Programs: Chapter 13: The Methodology of Behavior Study (brocku.ca) [Zugriff: 16.2.2024].
- Tricht, Jens van (2019): Warum Feminismus gut für Männer ist. Berlin: Ch. Links Verlag.
- Troisi, Alfonso (2023): Mental Health Challenges during the COVID-19 Pandemic. In: Journal of Clinical Medicine 2023, 12, 1213. S. 1-5. JCM | Free Full-Text | Mental Health Challenges during the COVID-19 Pandemic ([mdpi.com](https://www.mdpi.com)) [Zugriff: 27.2.2024].
- Verein für Männer- und Geschlechterthemen Steiermark (2024): Über uns. Verein | VMG (vmg-steiermark.at) [Zugriff: 16.1.2024].
- Verrückt? Na und! (2024): Prävention in der Schule. Verrückt? Na und! – powered by pro mente österreich (verrueckt-na-und.at) [Zugriff: 24.1.2024].
- VIVID – Fachstelle für Suchtprävention (2024): Lehrgang „plus“. Präventionsprogramm für die 5. bis 8. Schulstufe. plus - VIVID - Fachstelle für Suchtprävention [Zugriff: 27.1.2024].
- Voigt-Kehlenbeck, Corinna (2008): Flankieren und Begleiten. Geschlechterreflexive Perspektiven in einer diversitätsbewussten Sozialarbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Vosshagen, Arnulf (2021): Männersensible Elemente in der Suchtberatung und Suchtbehandlung. In: Heinzen-Voß, Doris/Stöver, Heino (Hrsg.): Geschlecht und Sucht.

- Wie gendersensible Suchtarbeit gelingen kann. Lengerich: Pabst Science Publishers. 3. Aufl. S. 119-142.
- Vyssoki Benjamin/Willeit Mattheus, Blüml Victor/Höfer Peter/Erfurth Andreas/Psota Georg/Lesch Otto M./Kapusta Nestor D. (2011). Inpatient treatment of major depression in Austria between 1989 and 2009: impact of downsizing of psychiatric hospitals on admissions, suicide rates and outpatient psychiatric services. In: *Journal of Affective Disorders*, 2011 Sep; 133 (1-2). S. 93-96. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.03.031> [Zugriff: 11.2.2024].
- Waibel, Eva Maria (2017): *Erziehung zum Sinn – Sinn der Erziehung. Grundlagen einer existentiellen Pädagogik*. Weinheim Basel: Beltz Juventa.
- Waidhofer, Eduard (2015): *Die neue Männlichkeit. Wege zu einem erfüllten Leben*. Munderfing: Verlag Fischer & Gann.
- Waidhofer, Eduard (2016): »Männer leiden anders« Erfahrungen mit Männern in Therapie und Beratung. In: Aigner, Josef Christian (Hrsg.): *Der andere Mann. Ein alternativer Blick auf Entwicklung, Lebenslagen und Probleme von Männern heute*. Gießen: Psychosozial-Verlag. S. 139-164.
- Watzka, Carlos (2022): *Sozialepidemiologie des Suizids in Österreich 2000-2019. Daten und Analysen mit Fokus Steiermark*. Wien: Facultas Verlag- und Buchhandels AG.
- Wächtler, Claus/Erlemeier, Norbert/Teising, Martin (2008): Alte Menschen und Suizidalität – Entstehungsbedingungen, therapeutische Strategien, Prävention. In: Wolfersdorf, Manfred/Bronisch, Thomas/Wedler, Hans (Hrsg.): *Suizidalität. Verstehen-Vorbeugen-Behandeln*. Regensburg: S. Roderer Verlag. S. 129-143.
- Wedler, Hans/Wolfersdorf, Manfred/Welz, Rainer (1992): *Therapie bei Suizidgefährdung. Ein Handbuch*. Regensburg: S. Roderer Verlag.
- Wedler, Hans (2017): *Suizidkontrovers. Wahrnehmungen in Medizin und Gesellschaft*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- WeIL - Weiter im Leben (2024): *Angebote. Kostenlose Hilfe und Online-Beratung bei Suizidgedanken für Jugendliche, Vortrag und Workshop zur Suizidprävention | WEIL - Weiter im Leben | Volker Paul Goditsch Fonds (weil-graz.org)* [Zugriff: 24.1.2024].
- Weiss, Maren/Stemmler, Marc/Hildebrand, Anja (2020): Werden suizidgefährdete junge Menschen durch Online-Beratung erreicht? Bewertung der Zielgruppenerreichung der [U25]-Online-Suizidprävention. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. February 2020. S. 1-23. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000712> [Zugriff: 25.2.2024].
- Wenzel, Amy/Beck, Aaron T. (2008): A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. In: *Applied and Preventive Psychology*, Volume 12, Issue 4: 189-201. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2008.05.001> [Zugriff: 2.1.2024].
- West, Candace/Zimmermann, Don H. (1987): *Doing Gender*. In: *Gender and Society*, Vol. 1, No. 2. (Jun., 1987): 125-151. <http://links.jstor.org/sici?sici=0891-2432%28198706%291%3A2%3C125%3ADG%3E2.0.CO%3B2-W> [Zugriff: 22.2.2024].
- Whitley, Rob (2023): *Männertemen und psychische Gesundheit von Männern. Eine Einführung*. Switzerland: Springer Nature.

- Wiener Werkstätte for Suicide Research (2024): About us. Wiener Werkstaette for Suicide Research - Homepage (suizidforschung.at) [Zugriff: 24.1.2024].
- Winter, Reinhard (2013): Jungen brauchen Helden!? Gastbeitrag. In: Böhnisch, Lothar: Männliche Sozialisation. Eine Einführung. Weinheim/Basel: Beltz Juventa. 2. Aufl. S. 158-169.
- Winter, Reinhard (2016a): Der werdende Mann. In: Aigner, Josef Christian (Hrsg.): Der andere Mann. Ein alternativer Blick auf Entwicklung, Lebenslagen und Probleme von Männern heute. Gießen: Psychosozial-Verlag. S. 37-58.
- Winter, Reinhard (2016b): Lebensweltorientierte Jungenpädagogik. In: Grundwald, Klaus/Thiersch, Hans (Hrsg.): Praxishandbuch Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Handlungszusammenhänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. Weinheim/Basel: Beltz Juventa: 3. Aufl. S. 109-118.
- Wir helfen dir (2024): Was tun, wenn alles zu viel wird? Wir helfen dir! (wir-helfen-dir.at) [Zugriff: 4.1.2024].
- Witte, Michael (2001): Psychosoziale Krisenhilfe für Männer. Oder: Wen erreichen Krisendienste... nicht? In: Freytag, Regula/Giernalczyk, Thomas (Hrsg.): Geschlecht und Suizidalität. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 117-129.
- Wolfersdorf, Manfred (2008a): Depression und Suizid. In: Bundesgesundheitsblatt 51. S. 443–450. <https://doi.org/10.1007/s00103-008-0513-x> [Zugriff: 13.2.2024].
- Wolfersdorf, Manfred (2008b): Suizidalität. In: Nervenarzt 79. S. 1319–1336, Heidelberg: Springer Medizin Verlag. Suizidalität | Der Nervenarzt (springer.com) [Zugriff: 13.2.2024].
- Wolfersdorf, Manfred (2012): Tabuthema – Männerdepression. In: Harth, Wolfgang/Brähler, Elmar/Schuppe, Hans-Christian (Hrsg.): Praxishandbuch Männergesundheit. Interdisziplinärer Beratungs-, und Behandlungsleitfaden. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. S. 283-289.
- Wolfersdorf, Manfred/Etzersdorfer, Elmar (2022): Suizid und Suizidprävention. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. 2. Aufl.
- Wortwolken.com (2024): Kostenloser online Wortwolken Generator. Kostenlose Seite zum online Generieren von Wortwolken und zum Erzeugen von Linkwolken - Wortwolken.com [Zugriff: 4.3.2024].
- World Health Organization (2014): Preventing suicide: a global imperative. Preventing suicide: A global imperative (who.int) [Zugriff: 25.2.2024].
- World Health Organization (2019): Suicide worldwide in 2019. Global Health Estimates. Suicide worldwide in 2019 (who.int) [Zugriff: 25.1.2024].
- World Health Organization (2021): LIVE LIFE. An implementation guide for suicide prevention in countries. LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries (who.int) [Zugriff: 25.1.2024].
- World Health Organization (2022): Altersstandardisierte Suizidraten. World Health Organization - Regionen im Jahr 2019 [Dataset]. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mental-health/suicide-rates> [Zugriff: 9.1.2024].
- Youth Aware of Mental Health – YAM (2024): Projektbeschreibung. Projektbeschreibung – Projekt YAM (projekt-yam.at) [Zugriff: 13.1.2024].

Weiterführende Literatur

- Aigner, Josef Christian (2016): Der andere Mann. Vom schwierigen Umgang mit Unterschieden. In: Aigner, Josef Christian (Hrsg.): Der andere Mann. Ein alternativer Blick auf Entwicklung, Lebenslagen und Probleme von Männern heute. Gießen: Psychosozial-Verlag: 11-36.
- Bauer, Robin/Heenes, Josch/Woltersdorff, Volker (Hrsg.) (2007): Unbeschreiblich Männlich. Heteronormativitätskritische Perspektiven. Hamburg: Männerschwarm Skript Verlag.
- BMSGPK - Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (Hrsg.) (2019): Gesundheitsziel 9. Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern Ergänzter Bericht der Arbeitsgruppe. Wien: BMSGPK. Gesundheitsziel 9 - Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern (gesundheitsziele-oesterreich.at) [Zugriff: 1.1.2024].
- BMSGPK - Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (Hrsg.) (2020): Suizid und Suizidprävention in Österreich. Bericht 2019. Wien: BMSGPK. <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Nicht-uebertragbare-Krankheiten/Psychische-Gesundheit/Suizid-und-Suizidpr%C3%A4vention-SUPRA.html> [Zugriff: 1.1.2024].
- Bourdieu, Pierre (1992): Die verborgenen Mechanismen der Macht. Hamburg: VSA Verlag.
- Budde, Jürgen/Rieske, Thomas Viola (2020): Auseinandersetzung mit (Neuen) Theorien für die erziehungswissenschaftliche Forschung zu Männlichkeiten. In: Kubandt, Melanie/Schütz, Julia (Hrsg.): Methoden und Methodologien in der erziehungswissenschaftlichen Geschlechterforschung. Opladen/Berlin/Toronto: Verlag Barbara Budrich: 234-256.
- Calea, Alison L./Banfield, Michelle/Batterham, Philipp J./Morse, Alyssa R./Forbes, Owen/Carron-Arthur, Bradley/Fisk, Martin (2017): Silence is deadly: a cluster-randomised controlled trial of a mental health help-seeking intervention for young men. In: BMC Public Health. 2017 Oct 23,17 (1): 834: 1-8. Silence is deadly: a cluster-randomised controlled trial of a mental health help-seeking intervention for young men - PubMed (nih.gov) [Zugriff: 6.1.2024].
- Caplan, Gerald (1964): Principles of Preventive Psychiatry. New York: Basic Books, Inc.
- Cavanagh, Anna/Wilson, Coralie J./Kavanagh, David/Caputi, Peter (2017): Differences in the Expression of Symptoms in Men Versus Women with Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. In: Harvard Review of Psychiatry 25 (1), ½: 29-38. <https://doi.org/10.1097/HRP.000000000000128> [Zugriff: 9.2.2024].
- Connell, Raewyn W. (1987): Gender and power. Society, the person and sexual politics. California: Stanford.
- Cramer, Robert J./Kapusta, Nestor D. (2017): A Social-Ecological Framework of Theory, Assessment, and Prevention of Suicide. Frontiers in psychology, 8, 1756: 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01756> [Zugriff: 16.1.2024].
- Cullberg, Johan (1978): Krisen und Krisentherapie. In: Psychiatrische Praxis 5: 25–34.

- Fröhlich-Gildhoff, Klaus/Rönnau-Böse, Maike (2022): Resilienz. München: Ernst Reinhardt Verlag. 6. Aufl.
- Ghanbari, Behrooz/Malakouti, Seyed Kazem/Nojomi, Marzieh/Alavi, Kaveh/Khaleghparast, Shiva (2015): Suicide Prevention and Follow-Up Services: A Narrative Review. *Global journal of health science*, 8 (5): 145–153. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n5p145> [Zugriff: 23.2.2024].
- Grasberger, Delia (2022): Lebensmut schenken bei Suizidgedanken. Ein Ratgeber für Angehörige und professionelle Helfer. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Gysin-Maillart, Anja/Michel, Konrad (2021): ASSIP – Kurztherapie nach Suizidversuch: Attempted Suicide Short Intervention Program. Bern: Hogrefe. 2. Aufl.
- Helbich, Marco/Blüml, Victor/de Jong, Ton/Plener, Paul L./Kwan, Mei-Po/Kapusta, Nestor D. (2017): Urban–rural inequalities in suicide mortality: a comparison of urbanicity indicators. In: *International Journal of Health Geographies*, 16, 39: 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12942-017-0112-x> [Zugriff: 23.2.2024].
- Hilfe für Angehörige bei Männern in einer Krise (2024): Das Programm. Über das Programm – Hilfe für Angehörige (hilfe-fuer-angehoerige.de) [Zugriff: 22.1.2024].
- Jiménez, Fanny (2015): Warum die Suizidrate bei Männern höher ist. Veröffentlicht am 27.04.2015 *Psychologie: Warum die Suizidrate bei Männern höher ist - WELT* [Zugriff: 27.2.2024].
- Kahlert, Heike/Weinbach, Christine (Hrsg.) (2012): Zeitgenössische Gesellschaftstheorien und Genderforschung. Einladung zum Dialog. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kennedy, Alison J./Brumby, Susan A./Versace, Vincent. L./Brumby-Rendell, Tristan (2018): Online assessment of suicide stigma, literacy and effect in Australia’s rural farming community. In: *BMC public health*, 18 (1), 846: 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5750-9> [Zugriff: 23.2.2024].
- Kennedy, Alison J./Brumby, Susan A./Versace, Vincent L./Brumby-Rendell, Tristan (2020): The ripple effect: a digital intervention to reduce suicide stigma among farming men. In: *BMC Public Health* 20, 813: 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08954-5> [Zugriff: 26.2.2024].
- Koch-Priewe, Barbara/Niederbacher, Arne/Textor, Annette/Zimmermann, Peter (2009): Jungen-Sorgenkinder oder Sieger? Ergebnisse einer quantitativen Studie und ihre pädagogischen Implikationen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kodaka, Manami/Postuvan, Vita/Masatoshi, Inagaki/Yamada, Mitsuhiko (2010): A Systematic Review of Scales That Measure Attitudes Toward Suicide. In: *International Journal of Social Psychiatry*. 2011, 57 (4): 338-361. A Systematic Review of Scales That Measure Attitudes Toward Suicide - Manami Kodaka, Vita Postuvan, Masatoshi Inagaki, Mitsuhiko Yamada, 2011 (sagepub.com) [Zugriff: 27.2.2024].
- Männer stärken. Wege aus der Krise (2024): Wer wir sind. Wer wir sind - Männer Stärken (maenner-staerken.de) [Zugriff: 26.1.2024].
- MOMENT Magazin (2023): Suizide bei Männern - „Der hohe Preis der Stille“. Suizid bei Männern: Die Doku über die Hintergründe (moment.at) [Zugriff: 30.2.2024].
- Mronga, Martina I. (2013): Die Konstruktion von Männlichkeit im Management. Eine Analyse entgrenzter Arbeitsstrukturen. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

- Norheim, Astrid Berge/Grimholt, Tine K./Loskutova, Ekaterina/Ekeberg, Oivind (2016): Attitudes toward suicidal behaviour among professionals at mental health outpatient clinics in Stavropol, Russia and Oslo, Norway. In: *BMC Psychiatry* 16, 268: 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0976-5> [Zugriff: 27.2.2024].
- Pfadenhauer, Michaela (2009): Das Experteninterview. In: Buber Renate/Holz Müller Hartmund H. (Hrsg): *Qualitative Marktforschung*. Gabler: GWV Fachverlage GmbH: 449-461.
- Schultheis, Franz/Egger, Stephan/Hüser, Charlotte (2022): *Geschlechterverhältnisse. Pierre Bourdieus visuelle Soziologie*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Siegrist, Johanna/Stöbel, Ulrich/Trojan, Alf (Hrsg.) (2022): *Medizinische Soziologie in Deutschland. Entstehungen und Entwicklungen*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Stiehl, Simon/Omundo, Jared/Kronmüller, Klaus-Thomas/Zingsheim, Andreas/Heiniger, Sabine/Zuaboni, Gianfranco/Schulz, Michael (2023): Förderung und Prävention von seelischer Gesundheit und Wohlbefinden in der Gemeinde. In: *Prävention und Gesundheitsförderung 2023*. <https://doi.org/10.1007/s11553-023-01075-y> [Zugriff: 13.2.2024].
- Stiftung Deutsche Depressionshilfe (Hrsg.) (2014): *Suizidprävention: Eine globale Herausforderung*. Veröffentlicht durch die Weltgesundheitsorganisation. 9789241564779-ger.pdf (who.int) [Zugriff: 23.2.2024].
- Székely, András/Thege, Konkolö, Barna/Mergl, Roland/Birkás, Emma/Rózsa, Sándor/Purebl, György/Hegerl, Ulrich (2013): How to decrease suicide rates in both genders? An effectiveness study of a community-based intervention (EAAD). *PloS one*, 8 (9), e75081: 1-5. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0075081> [Zugriff: 13.2.2024].
- Teuber, Nadine (2011): *Das Geschlecht der Depression. »Weiblichkeit« und »Männlichkeit« in der Konzeptualisierung depressiver Störungen*. Bielefeld: Transcript Verlag.
- Watzka, Carlos (2008): *Sozialstruktur und Suizid in Österreich. Ergebnisse einer epidemiologischen Studie für das Land Steiermark*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Witte Michael (2010): Männer haben´s schwer, nehmen´s leicht – Suizidrisikogruppe Männer erreichen und mit ihr arbeiten. In: Ortiz-Müller, Wolf/Scheuermann Ulrike/Gahleitner Silke Brigitta (Hrsg.): *Praxis Krisenintervention Handbuch für helfende Berufe*, Stuttgart: Kohlhammer: 249-263.

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abb. 1: Präsuizidales Syndrom (Ringel 1986: 45, eig. Darst.).....	18
Abb. 2: Stadien der suizidalen Entwicklung (Pödlinger 1968: 20f, eig. Darst.).....	19
Abb. 3: Beeinflussende Faktoren der Krisenentwicklung (Sonneck et al. 2016: 160, eig. Darst.).....	21
Abb. 4: The Interpersonal Theory of Suicide (eig. Darst., in Anlehnung an Orden et al. 2010: 576).....	21
Abb. 5: Kognitives Modell von suizidalem Verhalten (eig. Darst., in Anlehnung an Wenzel/Beck 2008: 190).....	23
Abb. 6: Das 6-Phasen Modell (Reisch 2012: 257f., eig. Darst.)	23
Abb. 7: Altersstandardisierte Suizidraten; World Health Organization – Regionen im Jahr 2019 (World Health Organization 2022, Daten von GO-ON Suizidprävention Steiermark, eig. Darst.)	26
Abb. 8: Suizidraten europäischer Staaten im Jahr 2021 (Eurostat 2021, eig. Darst.).....	26
Abb. 9: Suizidraten im Bundesländervergleich 2019-2023 (Daten von Statistik Austria 2024, Berechnung/Darstellung von GO-ON Suizidprävention Steiermark).....	27
Abb. 10: Entwicklung absoluter Suizidzahlen in Österreich 1970-2022 (Statistik Austria 2023, Berechnung/Darstellung von GO-ON Suizidprävention Steiermark).....	28
Abb. 11: Altersstandardisierte Suizidraten von Männern 2000-2019 (World Health Organization 2019: 5).....	29
Abb. 12: Suizidraten von Männern nach Bezirken – Österreich 2010-2019 (Watzka 2022: 229, Darstellung zu Verfügung gestellt von Carlos Watzka).....	30
Abb. 13: Anzahl der Suizide – Genderratio Österreich vs. Steiermark 1970-2022 (Statistik Austria 2023, Berechnung/Darstellung von GO-ON Suizidprävention Steiermark)	31
Abb. 14: Suizidraten nach Altersklassen in Österreich aus dem Jahr 2020 (Statistik Austria 2021, Darstellung von GO-ON Suizidprävention Steiermark).....	34
Abb. 15: Daten zu den beforschten Bezirken im Österreichvergleich (Statistik Austria 2023, eig. Tabelle).....	58
Abb. 16: Darstellung der vier Schlüsselkategorien (eig. Darst.)	69

Abb. 17: Übersicht Ergebnisdarstellung: Modelle, Schlüsselkategorien und Kategorien (eig. Tabelle).....	71
Abb. 18: Erklärungsmodell der erschwerten Hilfesuche/Hilfeannahme von Männern in Krisen (eig. Darst.).....	73
Abb. 19: Schlüsselkategorie „Ein Leben in Utopia“; Kategorien und Unterkategorien (eig. Darst.).....	75
Abb. 20: Unterkategorie „Tabuisierung von Krisen und Suizidalität“ (eig. Darst.).....	77
Abb. 21: Unterkategorie „Stabilität als Protektivfaktor“ (eig. Darst.).....	80
Abb. 22: Zusammenhänge Protektivfaktoren und variabler Nährboden für Krisen (eig. Darst.)	90
Abb. 23: Unterkategorie „Die akzeptierte Prägung von Männern“; Beispielzitate (eig. Darst.).....	92
Abb. 24: Schlüsselkategorie „Die Welt der Dilemmata“; Kategorien und Unterkategorien (eig. Darst.).....	93
Abb. 25: Schlüsselkategorie „Die Welt der Dilemmata“; Hintergründe zur Entstehung der Dilemmata (eig. Darst.).....	95
Abb. 26: Unterkategorie „Problemlösekompetenzen und Lösungsstrategien; Die Erhöhung der Frauen“ (eig. Darst.)	98
Abb. 27: Unterkategorie „Die Eiche, die nichts umschmeißt“ (eig. Darst.).....	100
Abb. 28: Unterkategorie: „Die Eiche, die nichts umschmeißt“; Ansprüche an Männer durch das Männerbild der Stärke und Unverletzlichkeit (eig. Darst. mit Wortwolken.com).....	103
Abb. 29: Unterkategorie: „Nimbus des Versagers“; Bedingungen der Entwicklung zum Versager (eig. Darst.)	107
Abb. 30: Schlüsselkategorie „Die Wege zur Erkenntnis des eigenen Hilfebedarfs“; Kategorien und Unterkategorien (eig. Darst.).....	110
Abb. 31: Schlüsselkategorien mit kodierten Segmenten: Vergleich Männer und Fachpersonen (eig. Darst., erstellt mit Code Matrix Browser von MAXQDA)	119
Abb. 32: Protektivfaktoren in der COVID-19 Pandemie (eig. Darst., erstellt mit Code-Subcodes-Segmente-Modell, MAXQDA).....	121
Abb. 33: Kategorie „Der variable Nährboden von (suizidalen) Krisen“; Vergleich der 24-30 und 70-90-jährigen Männer (eig. Tabelle) ..	122
Abb. 34: Unterkategorie „Die Gratwanderung“; Warnsignale, Vergleich der Befragungsgruppe der Männer und Fachpersonen (eig. Tabelle)	125

Abb. 35: Erklärungsmodell der erschwerten Hilfesuche/Hilfeannahme; Zentrale Unterschiede und Auffälligkeiten in den Befragungsgruppen	126
Abb. 36: Forschungstagebuch; Das Regalbild (eig. Darst. am 2.1.2024 mit MyEdit, CyberLink Corporation 5203.TW)	128
Abb. 37: Das Stufenmodell der (nicht) erfolgreichen Krisenbewältigung mit/ohne Hilfeannahme (eig. Darst.)	144
Abb. 38: Kategorie „Hilfesuche/Hilfeannahme und das vertrauenswürdige Gegenüber“ (eig. Darst.)	146
Abb. 39: Stufenmodell der Krisenbewältigung; Zentrale Unterschiede und Auffälligkeiten in den Befragungsgruppen	156
Abb. 40: Forschungstagebuch; Möglicher Krisenverlauf von Männern (eig. Darst.)	157
Abb. 41: Einflussfaktoren der Krisenbewältigung (Ortiz-Müller 2021: 56-59, eig. Darst.)	164
Abb. 42: Präventionsmodell mit einer gendersensiblen Ausrichtung auf Männer (eig. Darst.)	168
Abb. 43: Suizidprävention auf der Mikroebene (eig. Darst.)	170
Abb. 44: Suizidprävention auf der Mesoebene (eig. Darst.)	177
Abb. 45: Suizidprävention auf der Makroebene (eig. Darst.)	184
Abb. 46: Verschiedene Ansätze der Suizidprävention auf Mikro-, Meso-, Makroebene (eig. Darst.)	189
Abb. 47: Mesoebene; Erreichen von Männern mit präventiven Angeboten; Vergleich der Befragungsgruppen der Männer und Fachpersonen (eig. Tabelle)	191
Abb. 48: Präventionsmodell; Zentrale Unterschiede und Auffälligkeiten in den Befragungsgruppen	192

Anhang: Telefonische Hilfsmöglichkeiten in Österreich (eig. Tabelle anhand einer Internetrecherche)

RUND UM DIE UHR ÖSTERREICHWEIT ERREICHBAR		
Angebot	Telefon- nummer	Zielgruppen
Allgemeine Notrufnummern	144, 133, 122	
Telefonseesorge	142	
Notfallpsychologischer Dienst	0699 18855400	
Männernotruf	0800 246 247	Männer
Männerinfo	0800 400 777	Männer
Frauenhelpline	0800 222 555	Frauen
Rat auf Draht	147	Kinder, Jugend
Kindernotruf	0800 567 567	Kinder

REGIONALE KRISENHILFE		
Angebot	Telefon- nummer	Erreichbarkeit
Kriseninterventions- Zentrum Wien	01 406 9595	8:00-17:00 Uhr
Psychiatrischer Notdienst	01 31330	0-24 Uhr
Krisenhilfe Oberösterreich	07 322177	
Krisentelefon Niederösterreich	0800 202016	
Krisenhotline Salzburg	0662 433351	
Psynot Steiermark	0800 44 99 33	
Psychiatrische Notruf Kärnten	0664 3007007 0664 3009003	
Krisendienst Tirol	0800 400 120	
Psychosozialer Dienst Burgenland	02682 65188	

EINGESCHRÄNKTE ERREICHBARKEIT

Angebot	Telefon- nummer	Erreichbarkeit
Ö3 Kummernummer	116 123	16:00-24:00 Uhr
Bäuerliches Sorgentelefon	0810 676 810	8:30-12:30 Uhr (Mo-Fr)
Helpline des BÖP	01 504 8000	9:00-13:00 Uhr

INFORMATIONSPLATTFORMEN

GO-ON Suizidprävention Steiermark	https://suizidpraevention-stmk.at/
Bittelebe	https://www.bittelebe.at/
Papainfo	https://www.papainfo.at/
Übersicht Selbsthilfegruppen	https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/institutionen/arge-selbsthilfe.html
Suizidprävention für Männer mit erhöhtem Suizidrisiko	https://www.maenner-staerken.de/
Für Angehörige von Männern mit Suizidrisiko	https://hilfe-fuer-angehoerige.de/



Inga Nüthen

Geschlecht, Sexualität
und Politik: Aspekte
queer_feministischer
Politikverständnisse



promotion | vol. 14

Verlag Barbara Budrich



Inga Nüthen

Geschlecht, Sexualität und Politik: Aspekte queer_feministischer Politikverständnisse

promotion, Band 14

2024 • 375 Seiten • kart. • 39,90 € (D) • 41,10 € (A)

ISBN 978-3-8474-2733-9 • eISBN 978-3-8474-1903-7

Was haben Geschlecht und Sexualität mit Politik zu tun? Wie lauten queer_feministische Antworten auf die Fragen „Was ist politisch?“ bzw. „Was ist Politik?“ Dieses Buch befasst sich mit einer Kartographie westlicher queer_feministischer Beiträge zum Politikbegriff aus Theorie und Bewegung. Die Autorin identifiziert mehrere Aspekte als Bündelungspunkte für die Begriffsbestimmung, unter anderem die Identifizierung von Politik mit Macht und die Ausrichtung auf Allianzen. Sie erarbeitet anhand dieser Aspekte Vorschläge für einen geschlechter- und sexualitätsanalytischen Zugriff auf Politik. Die Systematisierung beleuchtet die Komplexität und damit einhergehende Herausforderungen des Begriffsfelds.

www.shop.budrich.de

Etwa drei Viertel der Suizide werden in Österreich von Männern verübt. Carmen Schlojer stellt umfassende Erklärungsansätze und aktuelle statistische Daten dar. Die aktuellen Forschungsergebnisse zeigen auf, wie Suizidprävention und Hilfe in Krisen gestaltet sein müssen, damit Männer davon profitieren. Darüber hinaus beleuchtet sie die Herausforderungen, die Männer bei der Hilfesuche und der Annahme von Hilfe erleben und bietet Einblicke in die zugrundeliegenden Ursachen für diese Schwierigkeiten.



Die Autorin:

Dr.ⁱⁿ Carmen Schlojer, BA, MA, Fachvortragende und wissenschaftliche Tätigkeit bei GO-ON Suizidprävention Steiermark, Nebenberufliche Lehrende an Fachhochschulen, Selbstständige Tätigkeit im Bereich Prävention und Ausbildung

ISBN 978-3-8474-3124-4



www.budrich.de