
INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG	1
1.1	Problemstellung	2
1.2	Zielsetzung und Fragestellung	5
2	KLÄRUNG ZENTRALER BEGRIFFLICHKEITEN	6
2.1	Suizidalität	6
2.1.1	Suizid	7
2.1.2	Suizidversuch	7
2.2	Krisen	8
2.2.1	Lebensveränderungskrise	8
2.2.2	Traumatische Krise	9
2.2.3	Psychosoziale Krise	9
3	METHODIK	11
3.1	Suchbegriffe	12
3.2	Ein- und Ausschlusskriterien	13
3.3	Suchprotokoll	14
3.4	Prisma-Flow-Chart	15
4	AUSGEWÄHLTE STUDIEN	16
4.1	A comparative analysis of the substance use and mental health characteristics of nurses who complete suicide	16
4.2	Suicide Among RNs: An Analysis of 2015 Data from the National Violent Death Reporting System	17
5	VORLÄUFIGES INHALTSVERZEICHNIS	19
6	VERZEICHNISSE	21
6.1	Literaturverzeichnis	21
6.2	Abbildungsverzeichnis	22





1 EINLEITUNG

Im Jahr 2023 verzeichnete Österreich 1.212 Suizidfälle, was etwa dem Dreifachen der Zahl der Todesfälle im Straßenverkehr entspricht. Dies resultiert in einer standardisierten Suizidrate von 14 Fällen pro 100.000 Einwohner*innen. Seit den 1980er-Jahren lässt sich ein kontinuierlicher Rückgang der Suizidhäufigkeit beobachten. Im Vergleich zum Jahr 2022, das einen temporären Anstieg der Suizidraten verzeichnete, ging die Suizidrate bei Frauen im Jahr 2023 wieder zurück, während die Suizidrate bei Männern im Vergleich zum Vorjahr stabil blieb. Männer machen 80 Prozent der Suizidtoten aus (Auer, et al., 2024, S. 3). Zwischen 1999 und 2017 wurde in den Vereinigten Staaten ein Anstieg der Selbstmordrate um ein Drittel bei Erwachsenen im Alter von 16 bis 64 Jahren verzeichnet, was zu einem Anstieg auf 18 Prozent führte (Patrician et al., 2020, S. o.S). Im Österreichischen Bundesheer (ÖBH) zählen Suizide zu den häufigsten Todesursachen unter den Soldat*innen, was auch für viele andere Armeen zutrifft. Aus diesem Grund hat der Heerespersonalamt (HDP) seit Jahren spezielle Präventionsmaßnahmen gegen Suizide etabliert. Seit dem Jahr 2000 ist die Zahl der Suizide im gesamten Ressortbereich tendenziell rückläufig. Im Zeitraum von 2000 bis 2023 lag der jährliche Durchschnitt bei etwa 8 Suiziden, was bedeutet, dass im Durchschnitt alle eineinhalb Monate ein Mitarbeiter, einschließlich Grundwehrdiener, Suizid beging. Im Jahr 2023 wurden insgesamt 7 Suizide registriert (Mitarbeitende des Heerespsychologischen Dienstes sowie Zugehörige des psychologischen Fachdienstes, 2023, S. 27). Die höchste Häufigkeit von Suiziden tritt in der mittleren Lebensphase auf, insbesondere in der Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen, die etwa 35 % der Suizide ausmacht. Allerdings steigt die suizidbedingte Mortalität mit zunehmendem Alter an: Wenn man die Suizidraten relativ betrachtet, sind sie in den höheren Altersgruppen am höchsten. In den letzten fünf Jahren wiesen Wien und das Burgenland die geringsten Suizidraten auf, während Kärnten und die Steiermark die höchsten Raten verzeichneten. Die am häufigsten gewählte Methode zum Suizid in Österreich ist das Erhängen (44 %), gefolgt vom Gebrauch von Schusswaffen (19 %) und dem Sturz aus der Höhe (9 %) (Auer, et al., 2024, S. 7). Eine aufschlussreiche Darstellung ergibt sich, wenn man die Zahl der Verkehrstoten mit den der Suizidopfer über die Jahre hinweg vergleicht: Anfang der 1970er-Jahre lag die Zahl der Verkehrstoten mit 2.675 deutlich über der der Suizide, die bei 1.789 lag. In den folgenden Jahren nahm die Zahl der Verkehrstoten dank verschiedener Maßnahmen zur Verbesserung der Verkehrssicherheit deutlich ab. Seit den mittleren 1980er-Jahren sind die Verkehrstoten in Österreich nun konstant geringer als die durch Suizid Verstorbenen. Im Jahr 2023 wurden mit 1.212 Suiziden dreimal so viele Suizide wie Verkehrstote (402 Personen) registriert (Auer, et al., 2024, S. 11).

1.1 Problemstellung

Aktuelle Forschungsergebnisse zeigen, dass Pflegekräfte im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung einem erhöhten Risiko für Suizid ausgesetzt sind. Es wurde festgestellt, dass berufliche Stressfaktoren häufig bei Pflegekräften auftreten, die durch Suizid versterben. Dennoch existiert bislang nur eine begrenzte Anzahl an Informationen zur Entwicklung spezifischer Präventionsmaßnahmen zu dieser Thematik innerhalb dieses Berufsstandes (Accardi et al., 2020, S. 24). Die Ursachen von Suizid sind komplex und vielschichtig. Angesichts der Tatsache, dass viele Erwachsene einen Großteil ihrer Zeit beruflich verbringen, ist es notwendig, auch arbeitsbedingte Faktoren in die Betrachtung einzubeziehen. Studien haben gezeigt, dass Pflegekräfte häufig unter den Auswirkungen von Burnout, insbesondere emotionaler Erschöpfung, leiden. Ein weiterer Risikofaktor könnte die Arbeit mit suizidalen Patient*innen sein – eine japanische Studie ergab, dass 55 % der Pflegekräfte in der Psychiatrie Erfahrungen mit vollzogenen Suiziden in stationären Einrichtungen hatten, was ihre eigene psychische Gesundheit negativ beeinflussen kann. Frühere Untersuchungen zu Suiziden durch Selbstvergiftung unter medizinischem Personal deuteten darauf hin, dass der Zugang zu potenziell tödlichen Substanzen einen zusätzlichen Risikofaktor darstellt. Trotz dieser Erkenntnisse werden Suizidfälle unter Pflegekräften jedoch weder systematisch von großen Institutionen noch von Berufsorganisationen wie der American Nurses Association erfasst (Patrician et al., 2020, S. 24).

Das Risiko, Suizid zu begehen, ist in bestimmten Berufsgruppen, insbesondere im medizinischen Bereich, erhöht. Ärzt*innen sowie weitere im Gesundheitssektor beschäftigte Personen, wie Pflegepersonen, gelten in vielen Ländern als besonders gefährdet, wobei dieses Risiko besonders für Frauen zutrifft. Während das Suizidrisiko bei Männern in der Allgemeinbevölkerung allgemein höher ist als bei Frauen, weisen zum Beispiel Ärztinnen eine höhere Suizidrate auf als ihre männlichen Kollegen. Dies wird häufig auf soziale Faktoren wie die Rolle innerhalb der Familie oder eine unzureichende berufliche Integration und Anerkennung zurückgeführt (Dutheil, et al., 2019, S. 2). Der Tod ruft bei den meisten Menschen unangenehme Empfindungen hervor, selbst wenn sie nicht direkt betroffen sind. Friedhöfe sind oft von hohen Mauern umgeben, und sterbende Menschen werden in Krankenhäuser oder Hospize verlegt, um in einem kontrollierten Umfeld zu sterben. Suizid ruft jedoch noch stärkere Abwehrreaktionen hervor, da er in vielen Kulturen, einschließlich unserer eigenen, als Tabuthema gilt. Neben den unangenehmen Gefühlen, die der Tod an sich auslöst, berührt Suizid auch fundamentale Überzeugungen und Motivationen zum Leben. Es werden existenzielle Fragen aufgeworfen, wie etwa: „Ist es einem Menschen erlaubt, sich das Leben zu nehmen?“, oder „Könnte Suizid auch für mich eine mögliche Lösung darstellen?“. (Winter et al., 2005, S. 48). Die Auseinandersetzung

mit persönlichen Schuldzuweisungen stellt für die Hinterbliebenen nahezu immer eine erhebliche psychische Belastung dar. Ungeachtet der Tatsache, dass in zwischenmenschlichen Beziehungen stets Versäumnisse, Verletzungen oder Missachtungen auftreten können, erhalten diese in dem Moment eine besondere Relevanz, in dem sie mit dem Tod eines nahestehenden Menschen verknüpft sind. Häufig benötigt es eine lange Zeitspanne, bis die gefühlten Schuldanteile in angemessenem Maße in Bezug auf die tatsächlichen Ursachen und Auslöser des Suizids eingeordnet und relativiert werden können (Winter et al., 2005, S. 49). In psychiatrischen Kliniken mit Versorgungsauftrag machen Patient*innen mit Suizidgefährdung etwa 20 bis 40 % der stationären Aufnahmen aus. Dies führt zu einer signifikanten Basissuizidalität, wobei in einigen Fällen trotz optimaler Kompetenz, Kommunikation und Überwachung suizidale Handlungen nicht verhindert werden können. Die Suizidrate für stationär behandelte Patient*innen in deutschen psychiatrischen Einrichtungen variiert zwischen 100 und 200 Fällen pro 100.000 stationären Aufnahmen. Der Anteil der Suizide während einer stationären Behandlung an der Gesamtsuizidmortalität ist gering und liegt unter 10 %. Dies bedeutet, dass stationäre psychiatrische und psychotherapeutische Einrichtungen eine hohe Effizienz in der Suizidprävention aufweisen. Tritt ein Suizid auf, sind die beteiligten Fachkräfte – darunter Ärzt*innen, Psycholog*innen und Pflegepersonal – immer auch direkt betroffene „Hinterbliebene“, sowohl auf persönlicher als auch auf beruflicher, hierarchischer und juristischer Ebene. Diese belastende Situation erfordert eine umfassende Unterstützung durch die Klinikleitung und in Einzelfällen auch durch rechtliche Beratung sowie durch Risk-Management-Maßnahmen (Wolfersdorf & Franke, 2006, S. 412). Pflegepersonen sind von körperlicher und psychischer Erschöpfung betroffen, da ihre Arbeitszeiten verlängert werden und sie häufig zusätzliche Nachtschichten übernehmen müssen, wodurch Zeit für Erholung und Schlaf fehlt. Ihre Tätigkeit an vorderster Front setzt sie einer Reihe von Belastungen aus, darunter auch ethische Herausforderungen wie die Priorisierung von Patienten bei der Vergabe von Intensivpflegeplätzen oder die Entscheidung über die Einstellung lebenserhaltender Maßnahmen.

Die wachsende Zahl an Todesfällen zwingt das medizinische Personal zudem, wiederholt schlechte Nachrichten zu überbringen, häufig in ungewohnter Form, beispielsweise telefonisch, was die emotionale Belastung noch verstärkt. Zusätzlich führen die kontinuierlich steigenden Zahlen von Krankheits- und Todesfällen zu einem hohen emotionalen Druck.

Diese Belastungen beeinträchtigen nicht nur die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden der Gesundheitsfachkräfte selbst, sondern reduzieren auch ihre Effektivität im Umgang mit Krankheitsausbrüchen, was sich indirekt negativ auf die gesamte Bevölkerung auswirkt. Ziel einer systematischen Untersuchung ist es, die Auswirkungen von Epidemien und Pandemien auf die mentale Gesundheit von medizinischem Personal

zu analysieren, um evidenzbasierte Empfehlungen für psychologische Unterstützung und Interventionen zu entwickeln, die ihre Resilienz und Leistungsfähigkeit stärken können (Chigwedere, Sadath, Kabir, & Arensman, 2021, S. 2).



1.2 Zielsetzung und Fragestellung

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Suizidrate unter Pflegepersonen zu untersuchen und die spezifischen Risikofaktoren, die zu einem erhöhten Suizidrisiko in diesem Berufsstand beitragen, zu identifizieren. Darüber hinaus soll die Arbeit bestehende Präventionsmaßnahmen und Unterstützungsangebote analysieren und bewerten, um mögliche Lücken in der Suizidprävention bei Pflegekräften aufzuzeigen. Ein weiteres Ziel ist es, Handlungsempfehlungen zu entwickeln, die dazu beitragen können, das Suizidrisiko unter Pflegepersonen zu verringern und die psychische Gesundheit in diesem Berufsfeld langfristig zu fördern. Die Arbeit strebt an wissenschaftliche Erkenntnisse in die Diskussion einzubringen, um die Relevanz und die Notwendigkeit gezielter Präventionsstrategien zu unterstreichen.

Daraus resultiert folgende Fragestellung:

Inwiefern tragen psychische, soziale und berufliche Faktoren zum Selbstmord von Pflegepersonen bei und welche Präventionsmaßnahmen können effektiv zur Verringerung dieses Risikos beitragen?



2 KLÄRUNG ZENTRALER BEGRIFFLICHKEITEN

Zur besseren Zugänglichkeit der Thematik für die Leser*innen dieser Arbeit wird im folgenden Kapitel eine präzise Definition der wesentlichen Begrifflichkeiten vorgenommen. Besonders der Begriff des Suizids, der je nach Kontext unterschiedlich interpretiert werden kann, sowie der Begriff der Suizidalität werden dabei genauer erläutert, um ein gemeinsames Verständnis zu fördern und die darauffolgenden Ausführungen zu Präventionsmaßnahmen für Pflegepersonen klar und nachvollziehbar zu gestalten.

2.1 Suizidalität

Suizidalität umfasst die Gesamtheit der Denk- und Verhaltensweisen von Individuen, die den eigenen Tod entweder aktiv anstreben oder ihn als potenzielles Ergebnis von Handlungen oder durch Unterlassen von Handlungen oder durch das Zulassen solcher Handlungen in Kauf nehmen. Sie kann in Form von Gedanken, aktivem Handeln oder passivem Verhalten auftreten. Obwohl Suizidalität grundsätzlich bei allen Menschen möglich ist, tritt sie insbesondere in psychosozialen Krisen und im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen auf (medizinisch-psychosoziales Paradigma). Psychodynamisch betrachtet, stellt Suizidalität ein komplexes Phänomen dar, das mit der Bewertung der eigenen Identität, der Bedeutung von Beziehungen, der Einschätzung von zukünftigen Entwicklungen und der Möglichkeit der Veränderung von als unerträglich empfundenen Zuständen verbunden ist. Es ist zudem durch eine veränderte Wahrnehmung, bedingt durch psychische und/oder körperliche Befindlichkeiten, gekennzeichnet. Motivational spielen dabei appellative, manipulative, instrumentelle, altruistische sowie auto- und fremdaggressive Elemente eine Rolle. Suizidales Denken und Handeln richtet sich entweder gegen ein äußeres oder inneres Objekt, eine Person oder ein Lebenskonzept und hat meist das Ziel, eine Veränderung herbeizuführen – sei es in Bezug auf den anderen, die Umwelt oder das eigene Verhältnis zur Umwelt. Suizidalität stellt selten einen Ausdruck von Freiheit oder Wahlmöglichkeiten dar, sondern vielmehr ein Resultat von Einschränkungen durch objektiv oder subjektiv empfundene Notlagen, psychische und/oder körperliche Beschwerden und deren Folgen sowie durch gesellschaftlich-kulturelle und ideologische Rahmenbedingungen. Der Begriff „Freitod“ ist daher für die Mehrheit der suizidalen Menschen und Fälle unzutreffend. (Wolfersdorf & Franke, 2006, S. 402). Suizidalität bezeichnet sämtliche Gedanken und Handlungen, die darauf abzielen oder den Inhalt haben, das eigene Leben zu beenden. Suizidales Verhalten umfasst in diesem Zusammenhang Suizidankündigungen (sowohl direkte als auch indirekte Hinweise auf Suizidabsichten sowie Suiziddrohungen), Suizidversuche und vollzogene Suizide (Fousek, et al., 2019).

2.1.1 Suizid

Suizid ist eine selbstinitiierte bzw. selbstverursachte Handlung, die darauf abzielt, den eigenen Tod herbeizuführen. Dabei besteht ein starkes Verlangen nach dem Tod, welches entweder durch Wissen, Erwartung oder den Glauben gestützt wird, dass die gewählte Methode den Tod tatsächlich herbeiführen wird. Das unmittelbare Resultat dieser Handlung ist der Tod der handelnden Person (Wolfersdorf & Franke, 2006, S. 403). Der Begriff „Suizid“ leitet sich aus dem Lateinischen ab und bedeutet „Selbsttötung“. Damit wird eine eigenständig ausgeführte Handlung beschrieben, die zum Tod führt. In der Alltagssprache finden sich hierfür auch die Begriffe „Selbstmord“ und „Freitod“, die in der Fachwelt jedoch zunehmend vermieden werden. Der Begriff „Selbstmord“ suggeriert eine Verbindung zu einem kriminellen Akt, die im Kontext von Suizid nicht zutreffend ist. Der Ausdruck „Freitod“ vermittelt hingegen fälschlicherweise, dass Suizid immer das Ergebnis einer vollkommen freien Entscheidung sei. Tatsächlich können psychische Erkrankungen, Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit oder eine stark eingeeengte Wahrnehmung in Krisensituationen die Entscheidungsfindung erheblich beeinflussen. Menschen, die sich in einer akuten Krise befinden, sind oft nicht in der Lage, ihre Situation rational und objektiv zu bewerten. In den meisten Fällen klingen Suizidgedanken jedoch ab, sobald die zugrunde liegende Krise bewältigt wird (Fousek, et al., 2019).

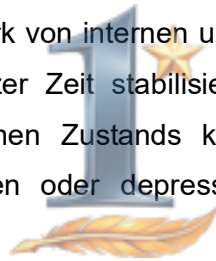


2.1.2 Suizidversuch

Ein Suizidversuch stellt eine selbstinitiierte bzw. selbstverursachte selbstschädigende Handlung dar, bei der das Ziel verfolgt wird, durch den Einsatz des eigenen Lebens (Todeswunsch) eine Veränderung herbeizuführen. Diese Handlung trägt eine kommunikative Bedeutung und kann einen Appell ausdrücken. Der Ausgang der Handlung ist das Überleben der handelnden Person (Wolfersdorf & Franke, 2006, S. 403). Suizidversuche lassen sich in zwei Hauptkategorien einteilen: Zum einen gibt es kommunikativ-appellative suizidale Handlungen, die in erster Linie darauf abzielen, auf die eigene Notlage aufmerksam zu machen und Veränderungen der Lebensumstände herbeizuführen. Zum anderen existieren suizidale Handlungen, bei denen der Tod der handelnden Person tatsächlich beabsichtigt war, die jedoch häufig zufällig überlebt werden (parasuizidale Handlungen). Statistiken zeigen, dass 60 bis 70 % der akut depressiv Erkrankten Todeswünsche oder Suizidgedanken äußern. Bis zur Hälfte aller schwer depressiven Personen hat bereits in der Vergangenheit einen Suizidversuch unternommen (Wolfersdorf & Franke, 2006, S. 289).

2.2 Krisen

Eine Krise ist ein Zustand des seelischen Ungleichgewichts, der durch belastende oder lebensverändernde Ereignisse ausgelöst wird, die mit den verfügbaren Coping-Strategien und Ressourcen nicht bewältigt werden können. Es gibt zwei Hauptformen: traumatische Krisen, die durch plötzliche, stark belastende Erfahrungen ausgelöst werden, und Lebensveränderungskrisen, die aus der Unfähigkeit resultieren, ein lebensveränderndes Ereignis zu bewältigen oder positiv zu verarbeiten. Krisen sind in der Regel zeitlich begrenzt, außer bei einer möglichen Chronifizierung, und treten in Wechselwirkung mit individuellen Persönlichkeitsmerkmalen auf. Traumatische Krisen verlaufen oft nach einem typischen Muster, beginnend mit einem Schock. Pathologische Bewältigungsversuche können zu körperlichen oder psychosomatischen Erkrankungen, Substanzmissbrauch oder suizidalen und aggressiven Verhaltensweisen führen. Zu den häufigen Symptomen einer Krise gehören innere Unruhe, Schlafstörungen, Grübeln, Angst, Panik, Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit. Emotionale Zustände wie Wut, Verzweiflung, Scham oder Selbstvorwürfe können ebenfalls auftreten. In schweren Fällen kann es zu einer Beeinträchtigung des Realitätsbezugs und Orientierungslosigkeit kommen. Die Bewältigung einer Krise hängt stark von internen und externen Ressourcen ab. Während sich einige Menschen nach kurzer Zeit stabilisieren, kann es bei anderen zu einer Verschlechterung ihres psychischen Zustands kommen, etwa in Form dissoziativer Zustände, psychotischer Episoden oder depressiver Verstimmungen (Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2023, S. 86).



2.2.1 Lebensveränderungskrise

Der Beginn einer Krise ist durch das Scheitern bisheriger Problemlösungsstrategien in einer veränderten Lebenssituation gekennzeichnet. Dabei kann die Veränderung sowohl erwünscht (z. B. Heirat, Geburt, Beförderung) als auch unerwünscht sein. In beiden Fällen können Gefühle der Überforderung und des Versagens auftreten, da die neue Situation mit den vertrauten Bewältigungsmustern nicht integriert werden kann. Die meisten Lebensveränderungskrisen können in den frühen Stadien durch innere oder äußere Unterstützung überwunden werden. Gelingt dies nicht, können Rückzug, Resignation oder eine Chronifizierung der Krise eintreten. Bei anhaltenden Versagensgefühlen kann sich die Krise zu einem Vollbild entwickeln, ähnlich der Schockphase einer traumatischen Krise. In diesem Zustand ist die Wahrnehmung der Realität oft stark verzerrt, und die Fähigkeit zur realistischen Einschätzung und Entscheidungsfindung ist erheblich eingeschränkt (Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2023, S. 88). In extremen Fällen, wenn suizidale Handlungen auftreten, ist rasches und entschlossenes Handeln erforderlich, da der Betroffene aufgrund

seiner beeinträchtigten Realitätsprüfung nicht mehr in der Lage ist, eigenständig verantwortungsvolle Entscheidungen zu treffen. Hier kann ein vorübergehend paternalistischer Ansatz notwendig sein, um den Patienten zu schützen (Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2023, S. 89).

2.2.2 Traumatische Krise

Plötzlich eintretende, unerwünschte Ereignisse wie der Tod eines geliebten Menschen, eine schwere Krankheit, Invalidität, Trennung oder das Erleben von Katastrophen können traumatische Krisen auslösen. Auch Traumatisierungen bei Kriegsopfern, Geflüchteten und Asylsuchenden (z. B. PTSD) gehören dazu. Der Verlauf solcher Krisen wird häufig in vier Phasen unterteilt:

1. Schockphase: Unmittelbare und intensive psychische Reaktion, die von Enthemmung bis hin zu völliger Starre (Stupor) reicht. Die Realität wird oft verleugnet oder ferngehalten, und die Krise kann als unerträglich empfunden werden.
2. Reaktionsphase: Diese Phase kann einige Wochen andauern und ist durch ein Schwanken zwischen dem Anerkennen und Verleugnen der Realität geprägt. Der Betroffene versucht, mit dem Ereignis umzugehen, bleibt jedoch emotional instabil.
3. Bearbeitungsphase: Allmähliche Annäherung an die Realität, sowohl kognitiv als auch emotional. Diese Phase kann von wechselnden Gefühlszuständen begleitet sein und pendelt oft zwischen der Reaktions- und Bearbeitungsphase.
4. Neuorientierungsphase: Nach Monaten erfolgt eine Stabilisierung des Selbstwertgefühls und eine Wiederbelebung des Interesses am Leben. Die traumatische Erfahrung wird in die Lebensgeschichte integriert und als Teil der Biografie akzeptiert.

Dieser Prozess verläuft individuell und hängt von persönlichen Bewältigungsstrategien und äußeren Unterstützungsquellen ab. Ein günstiger Verlauf ermöglicht langfristig eine emotionale und kognitive Verarbeitung der Erfahrung (Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2023, S. 90).

2.2.3 Psychosoziale Krise

Anlass und subjektive Bedeutung einer Situation sind eng miteinander verbunden. Die subjektive Bedeutung wird nicht nur von bewussten Erinnerungen an ähnliche frühere Ereignisse beeinflusst, sondern auch von unbewussten emotionalen Resonanzen, wie dem Gefühl von Ohnmacht, Demütigung oder Wertlosigkeit. Wenn ein Ereignis konflikthafte Aspekte des verinnerlichten Selbstbildes berührt, kann dies entweder die Entstehung einer Krise begünstigen (z. B. bei Lebensveränderungskrisen) oder deren Bewältigung erschweren (z. B. bei traumatischen Krisen). Die Anfälligkeit für Krisen hängt nicht nur von

der Häufigkeit früher erlebter Krisen ab, sondern auch von der individuellen Verletzlichkeit in belastenden Situationen. Diese wird durch die Persönlichkeitsstruktur sowie durch verinnerlichte Bilder von sich selbst, von bedeutsamen Bezugspersonen und von den Beziehungen zu ihnen geprägt. Menschen, die in ihrer psychischen Entwicklung durch unbewältigte Trennungserfahrungen geprägt wurden, sind später oft anfälliger dafür, Trennungen – sei es befürchtete, drohende oder tatsächliche – als existenziell bedrohlich und krisenauslösend wahrzunehmen (Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2023, S. 92).



3 **METHODIK**

Mayer et al. (2021) betonen, dass die Literaturrecherche eine zentrale Phase bei der Erstellung einer wissenschaftlichen Arbeit darstellt. Sie umfasst nicht nur das Auffinden relevanter Informationen, sondern auch eine Vielzahl komplexer, miteinander verknüpfter Schritte. Zu Beginn wird der Untersuchungsgegenstand definiert, was sowohl eine präzise Themenwahl als auch eine erste, grobe Recherche beinhaltet. Diese dient der Identifikation zentraler Herausforderungen des Themas und der Entwicklung erster Fragestellungen. Das Ziel der Forschung ist es, praktikable Lösungen aus der Problemstellung abzuleiten, weshalb im nächsten Schritt die präzise Formulierung der Forschungsfragen und die Festlegung relevanter Aspekte erfolgen. Diese Fragen werden dann in englische Suchbegriffe übersetzt und in verschiedenen wissenschaftlichen Datenbanken verwendet, um geeignete Literatur zu finden. Um die Transparenz des gesamten Prozesses zu sichern, wird der Suchvorgang dokumentiert. Auf dieser Grundlage werden Ein- und Ausschlusskriterien formuliert, die die weitere Sichtung der gefundenen Literatur strukturieren. Abschließend erfolgt eine kritische Bewertung der ausgewählten Quellen, um verlässliche Ergebnisse zu extrahieren (Mayer et al., 2021, S. 36-40).

Die Auseinandersetzung mit dem Thema Suizid bildete die Grundlage für eine gezielte und strukturierte Recherche. Durch eine umfassende Einarbeitung in die Thematik konnten die Risiken, Ursachen und Präventionsmaßnahmen suizidaler Menschen, insbesondere im Bereich der Pflege, besser verstanden werden. Es wurde zudem festgestellt, dass dieses Thema in der Gesellschaft nach wie vor zu wenig Beachtung findet. Auf dieser Grundlage wurde das zentrale Forschungs- und Interessensgebiet für die vorliegende Arbeit definiert. Die Recherche erfolgte primär durch die Sichtung von Artikeln und Studien über die wissenschaftliche Datenbank PubMed. Eine ergänzende Internetrecherche ermöglichte die Identifikation relevanter Quellen für den theoretischen Teil der Arbeit. Zur Entdeckung weiterer potenziell nützlicher Literatur wurde zudem die Bibliotheksplattform der Fachhochschule Kärnten genutzt, wobei in den Datenbanken PubMed, CINAHL und Medline gezielt nach relevanter Literatur gesucht wurde. Die intensive Beschäftigung mit dem Thema führte zur Formulierung einer präzisen Forschungsfrage, die anschließend in spezifische Suchbegriffe zerlegt wurde, um die systematische Literaturrecherche zu beginnen. Die relevanten Komponenten der Fragestellung wurden als Suchbegriffe in verschiedenen Datenbanken eingegeben. Die gefundenen Treffer wurden anhand zuvor festgelegter Ein- und Ausschlusskriterien ausgewählt, sodass geeignete Studien in die Arbeit aufgenommen werden konnten. Zur Gewährleistung der Transparenz des Auswahlprozesses wurde ein PRISMA-Flowchart erstellt, das eine detaillierte Darstellung des Verfahrens bietet und den methodischen Abschluss der Recherche dokumentiert.

Es wurden Studien aus unterschiedlichen methodischen Ansätzen berücksichtigt, um eine umfassende Darstellung der vorhandenen Erkenntnisse zu ermöglichen. Dieses Vorgehen wurde im Rahmen der vorliegenden Arbeit erfolgreich umgesetzt (Mayer et al., 2021, S. 30).

3.1 Suchbegriffe

Im Rahmen dieser Arbeit wurde eine Forschungsfrage formuliert. Um eine transparente Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten, sind die relevanten Suchbegriffe sowie deren mögliche Synonyme in Tabelle 1 dargestellt. Zusätzlich wurden die Begriffe in entsprechende englische Übersetzungen überführt, um eine gezielte Recherche in wissenschaftlichen Datenbanken zu ermöglichen. Tabelle 1 veranschaulicht daher die zentralen Schlüsselwörter der Fragestellung, die sich auf die Suizidalität von Pflegekräften und Präventionsmaßnahmen beziehen.

Tabelle 1 Suchbegriffe der Fragestellung (eigene Darstellung, 2025).

Deutsch	Englisch
Krankenpflegeperson, Pflegeperson, Spitalspersonal, Gesundheitsexpert*innen	nurse, healthcare professional, caregiver registered nurse, clinical nurse, health worker
Suizid, selbstverschuldeter Tod, Lebensende, Selbstverletzung	suicide, self-inflicted death, end of life, self-harm
Grund, Ursache, Erklärung, Rechtfertigung, Motiv, Faktor, Zweck	reasons, causes, explanations, justifications, motives, factors, purposes
Prävention, Vermeidung, Schutz, Prophylaxe	prevention, avoidance, protection, prophylaxis

Die relevanten Suchbegriffe für die Forschungsfrage wurden unter Verwendung des Boole'schen Operators „UND“ miteinander verknüpft. Zusätzlich wurde der Operator „ODER“ eingesetzt, um eine vollständige Erfassung der benötigten Suchergebnisse zu gewährleisten und alle wesentlichen Aspekte abzudecken. Die resultierende Suchstrategie wurde am 02.01.2024 in den Datenbanken PubMed, CINAHL und MEDLINE angewendet.

Tabelle 2 Suchstrategie der Fragestellung (eigene Darstellung, 2025).

Suchstring	(((("nurse") OR ("healthcare professional")) OR ("caregiver")) OR ("registered nurse")) OR ("clinical nurse")) OR ("health worker") AND
-------------------	---

	<pre> ((((("suicide") OR ("self-inflicted death")) OR ("end of life")) OR ("self-harm") AND ((((("reasons") OR ("causes")) OR ("explanations")) OR ("justifications")) OR ("motives")) OR ("factors")) OR ("purposes") AND (((("prevention") OR ("avoidance")) OR ("protection")) OR ("prophylaxis")) </pre>
--	--

3.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Um der vorliegenden Arbeit sowohl inhaltlich als auch strukturell eine klare Orientierung zu geben, wurden spezifische Ein- und Ausschlusskriterien definiert. Diese Kriterien dienen der selektiven Auswahl relevanter Studien im Hinblick auf die formulierte Forschungsfrage. Die Kriterien wurden in verschiedene Kategorien unterteilt, darunter Thema, Zielgruppe, Publikationsart, Zeitraum der Veröffentlichung und Sprache. Auch Arbeiten, die den aktuellen Wissensstand von Gesundheitsdienstleistern zum Thema thematisierten, wurden einbezogen. Veröffentlichungen, die nicht diesen Vorgaben entsprachen, wurden ausgeschlossen. Als relevante Publikationsarten wurden Reviews, systematische Übersichtsarbeiten, Metaanalysen sowie qualitative und quantitative empirische Studien berücksichtigt, während graue Literatur, wie Diplom-, Bachelor-, Master- oder Doktorarbeiten, nicht berücksichtigt wurde. Der Veröffentlichungszeitraum wurde nicht auf einen bestimmten Zeitraum begrenzt da dieses Thema ohnehin als wenig beforscht gilt, und es wurde ausschließlich Literatur in deutscher oder englischer Sprache berücksichtigt. Die in Tabelle 3 dargestellten Ein- und Ausschlusskriterien fassen die angewandten Selektionskriterien zusammen.

Tabelle 3 Ein- und Ausschlusskriterien (eigene Darstellung, 2025).

Kategorie	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Sachverhalt	Publikationen, die sich mit der Suizidalität von Pflegefachkräften beschäftigen oder Auseinandersetzung mit der Prävention im beruflichen Alltag von Pflegepersonen beinhalten.	Publikationen, in denen weder Bezug auf die Suizidalität von Pflegekräften genommen wird, noch Risikofaktoren oder Präventionmaßnahmen untersucht werden, sowie

		Publikationen die sich ausschließlich mit dem Suizid anderer Gesundheitsdienstleister auseinandersetzen
Zielgruppe	Pflegepersonen, welche im stationären, akutem oder Langzeit Setting erhöhtes Suizidrisiko aufweisen, sowie Pflegepersonen und Gesundheitseinrichtungen bei denen die Bereitschaft besteht durch Präventionsmaßnahmen entgegen zu wirken	Gesundheitspersonal welches nicht im Bereich der Pflege tätig ist.
Publikationsart	Reviews, Systematic Reviews, Metaanalysen, qualitative Studien, quantitative Studien	graue Literatur
Publikationszeitraum	Keine Einschränkungen	entfällt
Sprache	Deutsch, Englisch	alle anderen Sprachen

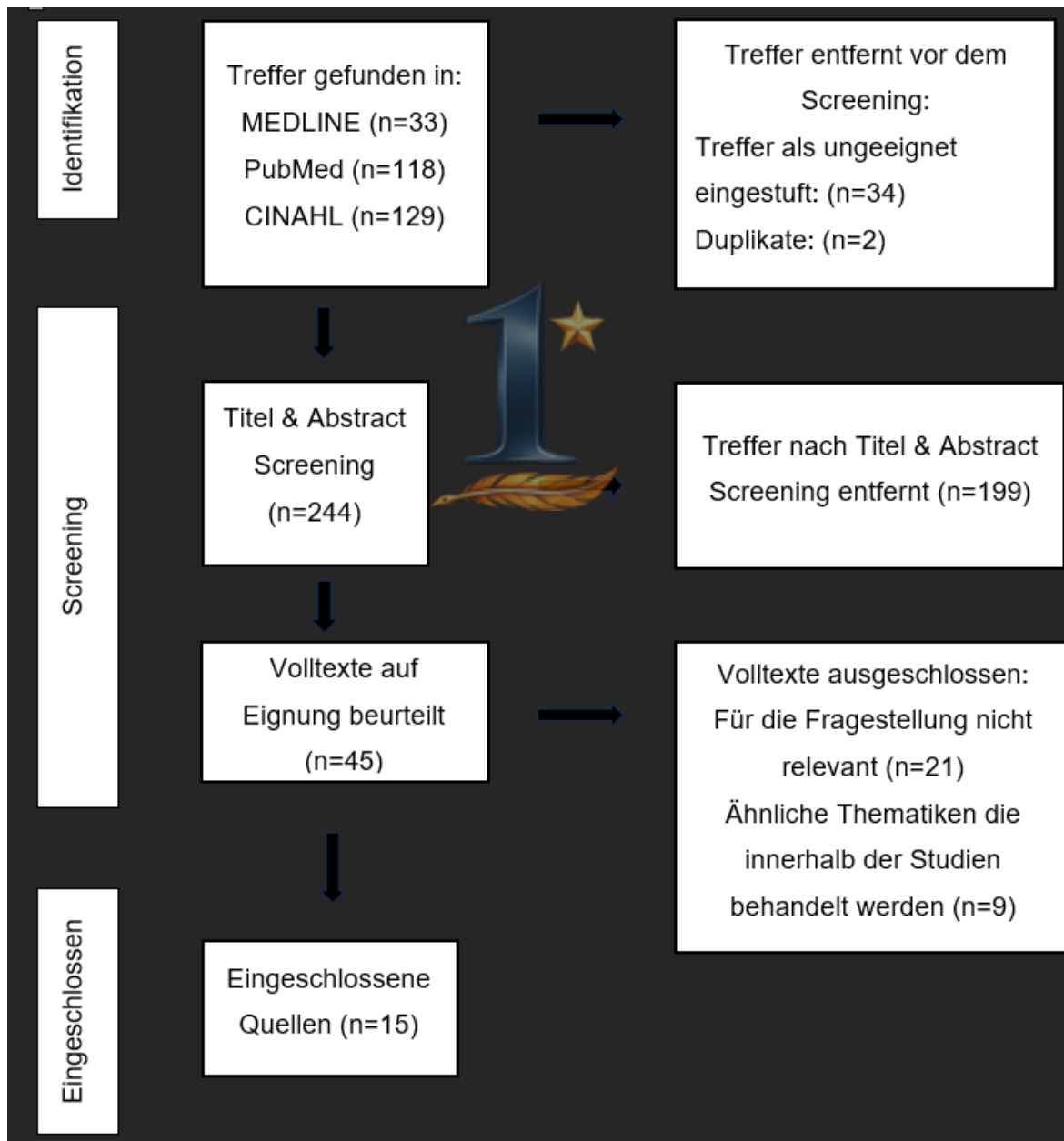
3.3 Suchprotokoll

Im Januar 2025 wurde eine umfassende und systematische Literaturrecherche in den wissenschaftlichen Datenbanken PubMed, CINAHL und MEDLINE durchgeführt, um relevante Studien zur Beantwortung der formulierten Forschungsfrage zu identifizieren. Hierbei wurden die zuvor festgelegten Suchbegriffe in den jeweiligen Datenbanksuchfunktionen eingegeben. In PubMed ergaben sich insgesamt 118 Treffer, in CINAHL 129 und in MEDLINE 33 potenzielle relevante Ergebnisse. Dies führte zu insgesamt 280 Treffern, die eine breite Grundlage für die weitere Analyse bildeten. Eine detaillierte Überprüfung zeigte jedoch, dass viele dieser Studien nicht den festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien entsprachen oder aus anderen Gründen für die Forschungsfrage nicht relevant waren. Insgesamt wurden 265 Publikationen ausgeschlossen, da sie entweder inhaltlich nicht relevant waren, die festgelegten Kriterien für Zielgruppe und Thema nicht erfüllten oder in anderer Weise unzureichend waren. Nach der Entfernung von Duplikaten und der Berücksichtigung der verbleibenden relevanten Studien konnten

schließlich 15 Publikationen in die Analyse aufgenommen werden. Diese wurden eingehend geprüft und bilden die Grundlage für die weitere Bearbeitung der Forschungsfrage. Der gesamte Auswahlprozess wurde zur besseren Nachvollziehbarkeit durch ein PRISMA-Flow-Chart visualisiert, das den detaillierten Verlauf der Recherche und den selektiven Ausschluss irrelevanter Quellen veranschaulicht. Die nachfolgende Abbildung zeigt dieses Diagramm und bietet einen klaren Überblick über den gesamten Prozess der Literatursichtung.

3.4 Prisma-Flow-Chart

Abbildung 1 Prisma-Flow-Chart (angelehnt an Page et al., 2021, S.19)



4 AUSGEWÄHLTE STUDIEN

Im nächsten Kapitel werden die zur vorläufigen Beantwortung der Fragestellung herangezogenen zwei Studien vorgestellt.

4.1 A comparative analysis of the substance use and mental health characteristics of nurses who complete suicide

Die Gesundheit und das Wohlbefinden von Pflegekräften sind ein wichtiges Anliegen, und dies aus nachvollziehbaren Gründen. Zusätzlich zu ihrem erhöhten Suizidrisiko verwenden Pflegekräfte auch andere Methoden als Nicht-Pflegekräfte. Beispielsweise greifen sie signifikant häufiger zu Arzneimittelvergiftungen. Dies stellt eine wichtige Möglichkeit dar, gezielte Interventionen zu entwickeln, um Substanzkonsum als einen beitragenden Faktor für Suizide zu reduzieren. Obwohl der Zusammenhang zwischen Substanzkonsum und Suizid in der Allgemeinbevölkerung gut dokumentiert ist, fehlen detaillierte Erkenntnisse zu den spezifischen Mustern des Substanzgebrauchs bei Pflegekräften. Die bisherige Literatur in diesem Bereich konzentriert sich größtenteils auf Substanzgebrauchsstörungen oder Suchtproblematiken innerhalb des Pflegeberufs, anstatt riskante Konsummuster zu untersuchen, die das Risiko für Schäden oder die Entwicklung einer Substanzgebrauchsstörung erhöhen. Innerhalb der Pflegeberufsgruppe sind die Muster des Substanzgebrauchs schwer zu definieren, und ihr Zusammenhang mit psychischen Gesundheitsproblemen bleibt unzureichend erforscht. Substanzgebrauch kann sowohl die betroffenen Pflegekräfte selbst als auch das Pflegepersonal und die Qualität der Patientenversorgung beeinträchtigen. Studien deuten darauf hin, dass Pflegekräfte ähnliche Raten von Substanzgebrauchsstörungen wie die Allgemeinbevölkerung aufweisen. Die vollständige Erfassung des Problems wird jedoch durch rechtliche und arbeitsrechtliche Risiken erschwert, die zu einer systematischen Unterberichterstattung führen könnten (Choflet, et al., 2021, S. 2). Das durchschnittliche Alter der untersuchten Stichprobe lag bei 47,97 Jahren. Weibliche Pflegekräfte waren mit einem Durchschnittsalter von 51,8 Jahren (± 17) statistisch signifikant älter, als dem national berichteten Durchschnittsalter von Pflegekräften entsprechend. Die demografischen Merkmale der Stichprobe sind in Tabelle 1 zusammengefasst. Männliche Pflegekräfte waren in der Stichprobe im Vergleich zu den nationalen Daten überrepräsentiert (19,1 % gegenüber 9,1 %). Zudem wurde ein höherer Anteil von Männern, sowohl unter den Pflegekräften als auch den Nicht-Pflegekräften, mit militärischem Hintergrund berichtet (29,5 % bzw. 23,1 % im Vergleich zu 4,6 % bzw. 2,9 %). Ein geringerer Anteil der Pflegekräfte in der Stichprobe, sowohl weibliche als auch männliche, wurde als schwarz oder afroamerikanisch identifiziert

(jeweils 3,6 % im Vergleich zu 5,1 % bzw. 6,5 % bei den Nicht-Pflegekräften). Insgesamt war die untersuchte Stichprobe von Pflegekräften weniger divers als die national gemeldeten Daten, die zeigen, dass 19,2 % aller Pflegekräfte Minderheiten angehören, einschließlich der Kategorien „andere“ oder „zwei oder mehr Ethnien“. Andere demografische Merkmale wiesen in allen untersuchten Gruppen weitgehend homogene Verteilungen auf. Ein deutlich höherer Anteil der Pflegekräfte, die Suizid begangen haben, war weiblich, was dem generell höheren Frauenanteil in der Pflege entspricht. Aus diesem Grund wurden Männer und Frauen sowohl bei den Pflegekräften als auch bei den Nicht-Pflegekräften separat analysiert. (Choflet, et al., 2021, S. 3)

4.2 Suicide Among RNs: An Analysis of 2015 Data from the National Violent Death Reporting System

Die vorliegende Studie hatte das Ziel, die Anzahl der Suizide sowie die geschätzte Suizidrate unter Pflegekräften zu analysieren. Dazu wurden Daten aus dem National Violent Death Reporting System (NVDRS) der CDC für das Jahr 2015 ausgewertet, wobei die methodischen Ansätze der Studie von Peterson und Kollegen als Grundlage dienten. Die Analyse konzentrierte sich auf Personen im Alter von 16 bis 64 Jahren. Obwohl Pflegekräfte ihre berufliche Laufbahn in der Regel Anfang 20 beginnen, wird in den USA häufig das Alter von 16 Jahren als unteres Limit zur Definition der arbeitenden Bevölkerung verwendet. Das NVDRS stellt ein staatliches Meldesystem dar, das Informationen über gewaltsame Todesfälle, einschließlich Suiziden, aus verschiedenen Quellen konsolidiert. Dazu gehören Sterbeurkunden, Berichte von Gerichtsmedizinern, Autopsieberichte und Dokumentationen der Strafverfolgungsbehörden. Ziel dieses Systems ist es, ein besseres Verständnis für die Ursachen von gewaltsamen Todesfällen zu gewinnen und präventive Maßnahmen zu entwickeln (Patrician et al., 2020, S. 25). Die geschätzten Suizidraten für zivil beschäftigte Pflegekräfte im Alter von 16 bis 64 Jahren lagen deutlich über den Raten für Frauen und Männer in der entsprechenden allgemeinen Bevölkerung des Jahres 2015 (8,2 bzw. 26,1 pro 100.000 Personen). Bemerkenswert ist, dass in den 17 Bundesstaaten, deren Daten analysiert wurden, Männer zwar nur 9 % der berufstätigen Pflegekräfte dieser Altersgruppe ausmachten, jedoch 20 % der Suizidopfer stellten. Obwohl das NVDRS inzwischen auf alle 50 Bundesstaaten ausgeweitet wurde, befinden sich einige noch in der Anfangsphase der Datenerfassung. Mit der Verfügbarkeit umfassenderer Daten wird es zukünftig möglich sein, Suizidraten bundesweit nach Beruf zu ermitteln und deren Entwicklung im Zeitverlauf zu beobachten. Die Ergebnisse werfen erhebliche Bedenken für Pflegekräfte, Arbeitgeber*innen im Gesundheitswesen, politische Entscheidungsträger*innen und die Öffentlichkeit auf. Eine regelmäßige Überwachung der Suizidraten unter Pflegekräften,

etwa durch Berufsverbände, könnte wertvolle Informationen liefern, um Trends zu erkennen und Fortschritte bei der Senkung der Suizidraten zu bewerten. Das Health Workforce Simulation Model der US-Gesundheitsressourcen- und Dienstleistungsbehörde prognostiziert, dass in mehreren Bundesstaaten in den nächsten zehn Jahren ein erheblicher Mangel an Pflegekräften auftreten wird. Diese Erkenntnisse können in allen Bundesstaaten genutzt werden, um Rekrutierungs- und Bindungsstrategien für Pflegepersonal zu verbessern und langfristige Probleme im Gesundheitswesen zu adressieren (Patrician et al., 2020, S. 27).



5 VORLÄUFIGES INHALTSVERZEICHNIS

1.0 Einleitung

1.1 Problemstellung und Zielsetzung der Arbeit

1.2 Relevanz des Themas

1.3 Aufbau der Arbeit

2.0 Theoretische Grundlagen

2.1 Begriffliche und theoretische Definition von Suizidalität

2.2 Suizidalität im Kontext von Pflegeberufen

2.3 Risikofaktoren für Suizidalität bei Pflegepersonen

2.4 Psychische Belastungen im Pflegeberuf und deren Einfluss auf Suizidalität

2.5 Präventionsmaßnahmen und Unterstützungsmöglichkeiten für Pflegepersonen

3.0 Forschungsmethodik

3.1 Forschungsdesign

3.2 Literaturrecherche und -auswahl

3.3 Ein- und Ausschlusskriterien

3.4 Suchstrategie und verwendete Datenbanken

3.5 Methodische Vorgehensweise zur Auswertung der Studien

4.0 Ergebnisse

4.1 Übersicht der gefundenen Studien

4.2 Zusammenfassung der relevanten Forschungsergebnisse

4.3 Risikofaktoren und Ursachen suizidalen Verhaltens bei Pflegepersonen

4.4 Präventionsstrategien und unterstützende Maßnahmen

5.0 Diskussion

5.1 Interpretation der Ergebnisse

5.2 Vergleich mit bestehender Literatur

5.3 Implikationen für die Praxis und Empfehlungen für die Pflegeberufe

5.4 Einschränkungen der Arbeit und Ausblick auf zukünftige Forschung

6.0 Fazit



6.1 Zusammenfassung der wesentlichen Erkenntnisse

6.2 Ausblick auf mögliche Veränderungen und Verbesserungen in der Praxis



6 VERZEICHNISSE

6.1 Literaturverzeichnis

- Accardi, R., Sanchez, C., Zisook, S., Hoffman, L., & Davidson, J. (2020). *Sustainability and Outcomes of a Suicide Prevention Program for Nurses*. California, USA: Sigma Theta Tau International.
- Auer, J., Baumgartner, M., Breitwieser, S., Buchmayer, F., Deisenhammer, E., Dervic, K., & Dietscher, C. (2024). *Suizid und Suizidprävention in Österreich*. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Stubenring 1, 1010 Wien.
- Chigwedere, O., Sadath, A., Kabir, Z., & Arensman, E. (2021). *The Impact of Epidemics and Pandemics on the Mental Health of Healthcare Workers: A Systematic Review*. Basel, Schweiz: Int. J. Environ. Res. Public Health.
- Choflet, A., Davidson, J., Lee, K., Ye, G., Barnes, A., & Zisook, S. (2021). *A comparative analysis of the substance use and mental health characteristics of nurses who complete suicide*. San Diego, USA: John Wiley & Sons Ltd.
- Dutheil, F., Auber, C., Pereira, B., Dambrun, M., Fares, M., Mermillod, M., . . . Navell, V. (2019). *Suicide among physicians and health-care workers: A systematic review and metaanalysis*. Yapan: Takeru Abe, Yokohama City University.
- Fousek, S., Breissler, D., Feldbauer, K., Giger, C., Lehermayr, K., Lehrner, S., . . . Resl, N. (19. 11 2019). *Suizid: Was ist das?* (G. P. Bundesministerium für Soziales, Herausgeber) Abgerufen am 08. 01 2025 von Suizid: Was ist das?: <https://www.gesundheit.gv.at/leben/suizidpraevention/wissenswertes/was-ist-suizid.html>
- Mayer, H., Raphaelis, S., & Kobleder, A. (2021). *Literaturreviews für Gesundheitberufe Recherchieren - Bewerten - Erstellen*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Mitarbeitende des Heerespsychologischen Dienstes sowie Zugehörige des psychologischen Fachdienstes. (2023). *Jahresbericht Psychologie im Militär*. 1090 Wien: Republik Österreich, Bundesministerium für Landesverteidigung, 1090 Wien.
- Patrician, P., Peterson, C., & McGuinness, T. (24. 11 2020). Original Research: Suicide Among RNs: An Analysis of 2015 Data from the National Violent Death Reporting System. *AJN American Journal of Nursing*, S. 24-28.
- Winter, S., Brockmann, E., & Hegerl, U. (2005). *Die Situation Hinterbliebener nach Suizid*. Freiburg: S. Karger GmbH.

Wolfersdorf, M., & Etzersdorfer, E. (2023). *Suizid und Suizidprävention Ein Handbuch für die medizinische und psychosoziale Praxis*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH .
Wolfersdorf, M., & Franke, C. (2006). *Suizidalität - Suizid und Suizidprävention*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG .

6.2 **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1 Prisma-Flow-Chart (angelehnt an Page et al., 2021, S.19) 15

6.3 **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1 Suchbegriffe der Fragestellung (eigene Darstellung, 2025)..... 12
Tabelle 2 Suchstrategie der Fragestellung (eigene Darstellung, 2025)..... 12
Tabelle 3 Ein- und Ausschlusskriterien (eigene Darstellung, 2025)..... 13

