

Arbeitsplatz und Suizidrisiko

Möglichkeiten der Prävention

Karoline Lukaschek^{1,3}, Jens Baumert¹, Karl-Heinz Ladwig^{1,2}

¹Institut für Epidemiologie II, Helmholtz Zentrum München, Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt, Neuherberg

²Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, München

³Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Gießen, Gießen.

Der Suizid ist ein multifaktorielles Geschehen, zu dem auch aversive Bedingungen am Arbeitsplatz sowie eine hohe berufliche Belastung beitragen können. Im Allgemeinen geht man davon aus, dass Berufsgruppen mit leichtem Zugang zu Suizidmitteln (Medikamente, Waffen) einerseits und einem hohen Stressfaktor andererseits ein besonders hohes Risiko für Suizid haben. Insbesondere medizinische Berufe, waffentragende Berufe (Polizei, Militär), Banker sowie Land- und Forstwirte haben im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein erhöhtes Suizidrisiko. Suizidpräventionsprogramme am Arbeitsplatz bestehen hauptsächlich aus Ausbildung und Training des einzelnen Mitarbeiters wie auch der Führungsebene, um das Wissen über Suizid und dessen Risikofaktoren zu vertiefen, dem Unterstützen eines sozialen Netzwerkes unter den Angestellten, der Kooperation von internen und externen Ressourcen, z.B. durch enge Zusammenarbeit zwischen Betriebsärzten, Allgemeinärzten und/oder Spezialisten, Screening nach und Hilfsangebote für Risikopersonen sowie dem Erschweren des Zugangs zu Suizidmitteln. Es bedarf weiterer Forschung, um berufsspezifische Risikofaktoren zu verstehen und Programme zu entwickeln, die in die Arbeitswelt integriert werden könnten.

Der Suizid, die vorsätzliche Beendigung des eigenen Lebens, ist in vielen Fällen der fatale Endpunkt schwergradiger psychischer Erkrankungen. Häufig wird eine Depression dafür verantwortlich gemacht, dass ein Mensch diesen verzweifelten Ausweg sucht. Allerdings ist der Suizid ein multifaktorielles Geschehen, und außer psychiatrischen Erkrankungen konnten eine Reihe von sub-syndromalen somatischen und sozialen Faktoren als Risikofaktoren für den Suizid (Tab. 1) identifiziert werden. Hierzu zählen u.a. Substanzabhängigkeiten (selbstschädigender Alkoholkonsum; exzessives Rauchen), niedriger Body-Mass-Index, niedriger Cholesterinspiegel wie auch niedriger Sozialstatus, Arbeitslosigkeit, Einsamkeit und Alleinleben. Nach vielfältigen Presseberichten über Suizidserien in französischen Industrie-Unternehmen und amerikanischen wie europäischen Bankhäusern rücken nun auch Bedingungen am Arbeitsplatz und ihr Einfluss auf das Suizidrisiko in den Fokus der Forschung. Die vorliegende Arbeit trägt zunächst den Stand der Forschung zu allgemeinen suizidrelevanten Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz zusammen und

gibt dann einen Überblick über Berufsgruppen mit besonders hohem Suizidrisiko. Da der Arbeitnehmer viel Zeit am Arbeitsplatz verbringt, bietet sich hier viel Raum für präventive Maßnahmen; einige dieser Präventionsmodelle werden ebenfalls im Folgenden vorgestellt.

Arbeitsplatzbedingte Risikofaktoren für Suizid

In Japan ist der arbeitsbedingte Suizid als soziales Phänomen schon seit den späten 1980er Jahren bekannt. Hier wurde sogar ein eigenständiger Fachterminus geprägt: „Karōshi“ (jap. 過勞死) ist der Begriff, mit dem ein Suizid infolge von Überlastung am Arbeitsplatz definiert wird. Am besten kann er mit „Tod durch Überarbeitung“ oder „Sterben für die Firma“ übersetzt werden. Offiziell werden in Japan bislang nur etwa 100 Karoshi-Fälle jährlich anerkannt; Schutzvereinigungen und Selbsthilfegruppen sprechen jedoch von Zehntausenden Opfern [1, 2]. Auch in Europa ist der arbeitsbedingte Suizid längst ein Thema. Für Frankreich wird angenommen, dass bei knapp 11 000 Suizidfällen pro Jahr bis zu 4% auf Arbeitsüberlastung zurückzuführen sind. In Deutschland hingegen, wie auch für die meisten anderen europäischen Länder, gibt es darüber keine Statistiken. Jedoch ist davon auszugehen, dass arbeitsbedingte Suizide weltweit auftreten: In den USA starben in den Jahren 2003 bis 2010 insgesamt 1719 Menschen durch arbeitsplatzbedingten Suizid [3]: Arbeitsplatzbedingte Suizidraten waren höher bei Männern (2,7 pro 1 000 000 Arbeitnehmer) als bei Frauen (0,2) und jenen im Alter zwischen 65 und 74 Jahren (2,4). Der Arbeitspsychologe und Psychiater Christophe Dejours diskutiert die arbeitsbedingten Suizide als radikale Artikulation neuer Formen des Leidens am Arbeitsplatz: Im gegenwärtigen Kontext neuer Formen der Arbeitsorganisation (z.B. Zielvereinbarungen, Quality Management, Evaluierung von Leistung) steht als zentraler Überlastungsfaktor die Isolation von Kollegen im

Bild: Fotolia, Fotograf/Grafiker: hikrcn



Vordergrund, weil mögliche Freiräume zur Kompensation von Rückständen verbraucht werden. Die Beschäftigten sind somit auf eine permanente Mobilisierung ihrer individuellen psychischen und intellektuellen Ressourcen angewiesen, die nach Dejours weit in die Sphären privater Beziehungen hineinreichen. Viele Beschäftigte haben daher auch erhebliche Schwierigkeiten, sich nach der Arbeit zu regenerieren. Wenn der Arbeitnehmer schließlich an die Grenzen der Belastbarkeit gerät, ist das Suizidrisiko besonders hoch.

Folgendes Fallbeispiel (aus einer Arbeit von W. Bartens) verdeutlicht auf dramatische Weise Dejours Überlegungen: ein Mitarbeiter einer japanischen Werbeagentur war nach 8 Monaten Dauerbelastung trotz aller Disziplin und Pflichterfüllung am Ende seiner Kräfte. Ein Projekt mit einem wichtigen Großkunden schloss er noch ab. Als aber sofort danach die nächste Aufgabe drohte und zu seinen fast 50 Kunden noch weitere hinzukommen sollten, setzte der junge Mann seinem Leben ein Ende. Der Erleichterung nach dem Ende einer Kampagne folgte die Einsicht, dass er am nächsten Tag wieder so lange und hart arbeiten müsste [2].

Im Allgemeinen geht man davon aus, dass Berufsgruppen mit leichtem Zugang zu Suizidmitteln (Drogen, Waffen) einerseits und einem hohen Stressfaktor andererseits ein besonders hohes Risiko für Suizid haben [4]. Neben der genannten Über(be)lastung am Arbeitsplatz gibt es bestimmte negative Arbeitsplatzbedingungen, die zu einem erhöhten Suizidrisiko beitragen können (Abb. 1): chronobiologische Bedingungen (z. B. Überstunden, Schichtarbeit) und physische Bedingungen (Lärm, Schadstoffe). In einer Longitudinalstudie mit fast 7000 Probanden und einer mittleren Follow-up-Zeit von 13 Jahren fanden Baumert et al. (2014), dass die objektiven Parameter der aversiven chronobiologischen und physischen Bedingungen sogar im Vordergrund standen [5].

Arbeitsplatzbedingter Suizid: Welche Berufsgruppen sind besonders betroffen? Medizinische Berufe

Angehörige medizinischer Berufe sind im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung zwar gesünder und haben eine niedrigere Mortalitätsrate, aber eine höhere Suizidrate. Medizinische Berufe wie Ärzte und Pflegepersonal weisen eine 1,3- bis 3,4-fach höhere Suizidrate auf [6]. Schernhammer (2004) zeigte in einer Metaanalyse von 25 Studien, dass die Suizidrate für Ärzte 1,41 (95% CI: 1,21–1,65) betrug, für Ärztinnen sogar 2,27 (95% CI: 1,90–2,73) [7]. Ärzte haben einen leichten Zugang zu Medikamenten und das Wissen um die Wirkungen und Dosierungen der verschiedenen Medikamente und Giftstoffe. Dennoch benutzten

Tab. 1 Potenzielle Risikofaktoren für Suizid in der Allgemeinbevölkerung und am Arbeitsplatz.

Allgemeinbevölkerung
<ul style="list-style-type: none"> • Männliches Geschlecht • Alleinleben, Einsamkeit • Niedriger Sozialstatus • Arbeitslosigkeit • Psychische Erkrankung, v.a. Depression • Substanzabhängigkeiten • Impulsivität • Niedriger BMI • Niedriger Cholesterinspiegel
Arbeitsplatz
<ul style="list-style-type: none"> • Psychisch-mental <ul style="list-style-type: none"> - Über(be)lastung - Leistungs- und Zeitdruck - Angst vor Versagen • Chronobiologisch <ul style="list-style-type: none"> - Nacht- und Schichtarbeit - Überstunden • Physisch <ul style="list-style-type: none"> - Schadstoffexposition - Harte körperliche Arbeit • Sozial <ul style="list-style-type: none"> - Negatives Betriebsklima, Mobbing - Isolation - Angst vor Arbeitsplatzverlust

in einer US-amerikanischen Studie nur 23,5% der an Suizid verstorbenen Ärzte Gift, während 48% von einer Schusswaffe Gebrauch machten [8]. Gründe für die erhöhte Suizidrate bei medizinischen Berufen sind erhöhte depressive Symptomatik (23–31% der Medizinerinnen und Mediziner im ersten Jahr ihrer Assistenzarztzeit zeigen eine depressive Symptomatik gegenüber 15% der gleichaltrigen Allgemeinbevölkerung), wobei Medizinerinnen besonders depressionsgefährdet sind. Dafür werden die extrem hohe Arbeitsbelastung, die Erschöpfung aufgrund von Überstunden und Schlafmangel, sowie die soziale Isolation aufgrund mangelnder Freizeit verantwortlich gemacht. Die ständige Konfrontation mit Leiden und Tod bei gleichzeitigem Bewusstsein der Grenzen ärztlichen Handelns, der erhöhte Stresslevel und eine Burnout-Symptomatik bringen Ärzte an den Rand der Belastungsfähigkeit.

Land- und Forstwirte

Land- und Forstwirte sowie Fischer gelten als Berufsgruppen mit wesentlich höherem Suizidrisiko im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung [9]. Laut Tiesman et al. (2015) beträgt die Suizidrate 5,1 pro 1 000 000 Arbeitnehmer [3]. Rund 50% der Suizide in dieser Gruppe wurden mit Waffen verübt, gefolgt von Erhängen. Faktoren,

Tab. 2 Suizidpräventionsprogramme am Arbeitsplatz [14].

- Ausbildung und Training des einzelnen Mitarbeiters wie auch der Führungsebene, um das Wissen über Suizid, Risikofaktoren und Handlungsbedarf zu vertiefen
- Unterstützen eines sozialen Netzwerkes unter den Angestellten
- Kooperation von internen und externen Ressourcen, z.B. durch enge Zusammenarbeit zwischen Betriebsärzten, Allgemeinärzten und/oder Spezialisten
- Screening nach und Hilfsangebote für Risikopersonen
- Reduzierter Zugang zu den Suizidmitteln (Waffen, Drogen)

die außer der Verfügbarkeit der Mittel gerade in dieser Berufsgruppe zu einem erhöhten Suizidrisiko beitragen, sind u.a. die ständige Gefahr des Wegfalls der identitätsstiftenden Lebensgrundlage durch finanzielle oder wirtschaftliche Krisen, soziale Isolation, Überarbeitung, chronische Krankheiten oder Depression und psychische Störungsbilder, ausgelöst durch Pestizide [3, 10].

Polizeibeamte

Die Datenlage zur Prävalenz von Suiziden bei Polizeibeamten ist widersprüchlich und bescheinigt Polizisten entweder einen geringeren bzw. keinen Unterschied oder aber eine erhöhte Suizidrate im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Die unterschiedlichen Ergebnisse können zum einen durch den gewählten Beobachtungszeitraum (die Suizidraten in einem kürzeren Zeitraum waren signifikant höher) zustande kommen, zum anderen gibt es starke regionale Unterschiede (in Europa und den USA sind die Raten höher als in Asien) [11].

In Deutschland haben sich in den letzten 5 Jahren allein in Nordrhein-Westfalen 41 Polizisten selbst getötet, vornehmlich mit der eigenen Dienstwaffe (Die Welt, 28.06.15). Über die Gründe kann nur spekuliert werden, dienstliche Schwierigkeiten wie Mobbing, Überforderung, Versagensängste können aber nicht ausgeschlossen werden. Die berufliche Belastung sei gestiegen, die Beamten werden an nur einem Arbeitstag mit vielen Ausnahmesituationen konfrontiert. Außerdem wüssten die Beamten weniger voneinander als früher, es gäbe nicht mehr diesen Zusammenhalt unter den Kollegen – dies klingt nach der von Dejours angeprangerten Isolierung des Arbeitnehmers.

Militär

Historisch betrachtet liegen die Suizidraten bei Angehörigen der Streitkräfte unter denen der Allgemeinbevölkerung [12]. Allerdings stiegen in den Streitkräften der USA die Suizidraten kurz nach der Operation Iraqi Freedom im Jahr 2003 an und übertreffen seit 2008 die der Allgemeinbevölkerung trotz zahlreicher Präventionsprogramme. Für Streitkräfte anderer Nationen ist ein vergleichbarer Anstieg der Suizidraten nicht bekannt.

Manager und Banker

Trotz der Berichte über Suizidfälle in Großbanken und Kapitalunternehmen (Die Welt 31.03.14) und dem extremen Leistungsdruck in der Finanzbranche (Focus, 19.06.15) gibt es kaum valide Untersuchungen zur Suizidprävalenz unter Managern und Bankern. Tiesman et al. (2015) bescheinigten diesen Berufsgruppen eine vergleichsweise geringe Suizidrate von 2,0 pro 1 000 000 Arbeitnehmer [3]. Millner et al. (2013) fanden bei Managern ein geringes relatives Risiko (RR = 0,68, 95% CI 0,50–0,93) im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung [13].

Suizidprävention am Arbeitsplatz

Suizidpräventionsprogramme am Arbeitsplatz bestehen hauptsächlich aus den in Tabelle 2 genannten Komponenten [14].

Vorgesetzte und Führungskräfte spielen eine Schlüsselrolle in der Suizidprävention am Arbeitsplatz. Im Idealfall nehmen sie Vorbildfunktion war, pflegen einen partizipativen Führungsstil, kommunizieren mitarbeiterorientiert und sind geschult, Risikofaktoren von Suizid frühzeitig zu erkennen und den entsprechenden Mitarbeiter darauf anzusprechen. Sie erfüllen eine Gatekeeper-Funktion; Gatekeeper sind auf auffällige Verhaltensweisen sensibilisiert, können das akute Suizidrisiko einschätzen und abwenden, kennen Zeitfenster für besonders hohes Suizidrisiko (Entlassung, Degradierung) und wissen, an welche Institutionen sie die gefährdete Person übergeben können.

Von den genannten Komponenten ist nur Effektivität der Ausbildung der Angestellten und/oder Führungsebenen gut evaluiert [14]; die Dauer der Trainingsprogramme kann erheblich variieren, die Inhalte sind jedoch ähnlich: Aspekte suizidalen Verhaltens, Risikofaktoren für Suizid, Verhalten gegenüber Risikopersonen und Grundlagen der Gesprächsführung. Die Evaluation erfolgte unmittelbar vor und nach dem Programm, teilweise mit erneuter Evaluation nach einiger Zeit. Alle Studien zeigten, dass sich die Einstellung der Teilnehmer gegenüber suizidalen Personen verbessert und das Wissen um Suizid und Suizidrisikofaktoren vertieft hatte.

In einem aktuellen systematischen Review zu Suizidprävention am Arbeitsplatz analysierten Millner et al. (2015) 13 Projekte aus den USA, Australien, Kanada und Japan, darunter auch solche, die auf bestimmte Hochrisikogruppen (Landwirte, Militär, Polizei- und Justizbeamte) spezialisiert sind [15]. Zu den wenigen Programmen, deren Effektivität evaluiert und deren Ergebnisse publiziert wurden, gehört „Together for Life“, ein umfassendes Suizidpräventionsprogramm für kanadische Polizei- und Justizbeamte, das neben Training und Ausbildung auch eine Telefonhotline implementierte und das Suizidrisiko um 79 %

senken konnte. Auch das vielschichtige „US Air Force Suicide Prevention Programme“ senkte innerhalb von 4 Jahren die Suizidrate von 15,8 auf 3,5. Es beinhaltete neben Weiterbildung und Training des Einzelnen auch ein „community-awareness“-Programm sowie ein Screening nach und Unterstützung für Risikopersonen. Ein Programm aus Australien, „Mates in Construction“, konzentrierte sich auf die Einrichtung eines Peer-gatekeeper-Systems sowie die Entstigmatisierung von psychischen Krankheiten und der Annahme von Hilfe.

Ein Projekt der Justus-Liebig-Universität Gießen bereitet bereits Medizinstudenten auf die Stressoren und Bewältigungsmöglichkeiten sowie Vorbeugemaßnahmen im Arztberuf vor. Alle Medizinstudenten lernen im Rahmen eines Pflichtpraktikums, mit welchen Arbeitsbelastungen sie später konfrontiert werden. Gleichzeitig werden Informationen zu Lebensqualität und Präventionsmöglichkeiten gegeben. Reimer (2005) formuliert, was von Arbeitgeberseite konkret notwendig ist: eine Umsetzung der EU-Richtlinie zur Arbeitszeit auch für Ärzte, nicht zuletzt, weil die Lebensqualität von Ärztinnen und Ärzten mit 55 und weniger Arbeitsstunden deutlich höher eingestuft werde als die von Ärzten mit 70 und mehr Stunden [6].

Fazit

Der steigende Trend von Suiziden am Arbeitsplatz unterstreicht den Bedarf an weiterer Forschung zu diesem Thema, um berufsspezifische Risikofaktoren zu verstehen und auf Studienbefunde beruhende Programme zu entwickeln, die in die Arbeitswelt integriert werden können. Gerade bei Berufen wie Landwirt, Arzt oder Polizist kann möglicherweise die Zeit fehlen, bei Bedarf einen (Fach-)Arzt aufzusuchen und sich der entsprechenden Behandlung zu unterziehen. Verbesserungen im Arbeitsumfeld, insbesondere hinsichtlich chronobiologisch oder körperlich belastender Bedingungen, können eine wertvolle Strategie im Hinblick auf die Vermeidung von suizidalen Handlungen von Arbeitnehmern darstellen. Depressive Stimmungslagen und die Annahme von Hilfsangeboten sind oft noch mit Stigmatisierung verbunden; deswegen ist es wichtig, durch Unternehmenspolitik und Briefing der Arbeitnehmer die Krankheiten wie auch hilfesuchendes Verhalten zu entstigmatisieren.

Literatur

- 1 Amagasa T, Nakayama T, Takahashi Y. Karojisatsu in Japan: characteristics of 22 cases of work-related suicide. *J Occup Health* 2005; 47: 157–164
- 2 Bartens W. Was hab ich bloß? Die besten Krankheiten der Welt: Droemer Knauer; 2003
- 3 Tiesman HM, Konda S, Hartley D et al. Suicide in U.S. Workplaces, 2003–2010: a comparison with non-workplace suicides. *Am J Prev Med* 2015; 48: 674–682

- 4 Skegg K, Firth H, Gray A et al. Suicide by occupation: does access to means increase the risk? *Aust N Z J Psychiatry* 2010; 44: 429–434
- 5 Baumert J, Schneider B, Lukaschek K et al. Adverse conditions at the workplace are associated with increased suicide risk. *J Psychiatr Res* 2014; 57: 90–95
- 6 Reimer C, Trinkaus S, Jurkat HB. Suicidal tendencies of physicians -- an overview. *Psychiatr Prax* 2005; 32: 381–385
- 7 Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am J Psychiatry* 2004; 161: 2295–2302
- 8 Gold KJ, Sen A, Schwenk TL. Details on suicide among US physicians: data from the National Violent Death Reporting System. *Gen Hosp Psychiatry* 2013; 35: 45–49
- 9 Behere PB, Bhise MC. Farmers' suicide: Across culture. *Indian J Psychiatry* 2009; 51: 242–243
- 10 Stallones L, Beseler C. Pesticide poisoning and depressive symptoms among farm residents. *Ann Epidemiol* 2002; 12: 389–394
- 11 Loo R. A meta-analysis of police suicide rates: findings and issues. *Suicide Life Threat Behav* 2003; 33: 313–325
- 12 Nock MK, Deming CA, Fullerton CS et al. Suicide among soldiers: a review of psychosocial risk and protective factors. *Psychiatry* 2013; 76: 97–125
- 13 Milner A, Spittal MJ, Pirkis J et al. Suicide by occupation: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2013; 203: 409–416
- 14 Takada M, Shima S. Characteristics and effects of suicide prevention programs: comparison between workplace and other settings. *Ind Health* 2010; 48: 416–426
- 15 Milner A, Page K, Spencer-Thomas S et al. Workplace suicide prevention: a systematic review of published and unpublished activities. *Health Promot Int* 2015; 30: 29–37



Korrespondenz

Prof. Dr. med. Karl-Heinz Ladwig
HelmholtzZentrum München
Deutsches Forschungszentrum für
Gesundheit und Umwelt
Institut für Epidemiologie II
Mental Health Research Unit
Ingolstädter Landstr. 1
85764 Neuherberg
Fax: 089/3187-3667
E-Mail: ladwig@helmholtz-
muenchen.de

Autorenerklärung

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

10.1055/s-0041-111460
klinika 2016; 45 (1): 38–41
© Georg Thieme Verlag KG ·
Stuttgart · New York
ISSN 0341-2350

Workplace and suicide risk – Opportunities for prevention

Suicide is a multilayered event to which adverse workplace conditions and high job-strain may contribute. Occupations with easy access to means of suicide as well as with a high stress level are at higher risk for suicide compared to the general population, among them physicians and nurses, farmers, law enforcement officers, military personnel and banker. Suicide prevention programmes at the workplace consist of the following components: education and training for employers and managers, support of a social networking among the employers, cooperation of internal and external resources, screening programmes for high risk individuals, support of help-seeking behavior and restricted access to means. Further research is needed to understand occupation specific risk factors and to develop preventions programmes which can be implemented in the working environment.

Key words

Work stress – suicide – prevention