Rabea Zühlke lebt und arbeitet als Journalistin in Bad Tölz. Bevor sie die Deutsche Journalistenschule absolvierte, hat sie ein Studium der Psychologie abgeschlossen. Sie schreibt auch für das Fachmagazin Psychologie Heute.

Suizid am Berg

Suizid ist eine der häufigsten Todesursachen in den österreichischen Bergen. Ähnlich sieht es in den Nachbarländern aus. Trotzdem spricht niemand darüber – weder am Berg noch im Tal.
Obwohl genau das Leben retten kann.

Von Rabea Zühlke

Jedes Jahr sterben zwei- bis dreimal so viele Menschen durch Suizid wie durch Verkehrsunfälle, Drogenkonsum, Mord und Totschlag zusammen. Auch in den Bergen ist der Anteil der Toten durch Suizid deutlich höher als durch tödliche Skitouren-, Kletter- oder Flugunfälle, wie die Bergunfallstatistik des Österreichischen Kuratoriums für Alpine Sicherheit mit den Daten der Alpinpolizei des Bundesministeriums für Inneres zeigt. Nach tödlichen Wander- und Pistenunfällen sind Suizide in den vergangenen zehn Jahren die dritthäufigste Todesursache im österreichischen Gebirge. Dennoch war und ist Suizid ein Tabuthema. Wie andere psychische Erkrankungen ist er stark stigmatisiert und mit Scham- und Schuldgefühlen besetzt. Probleme werden selbst in der Familie, vor den Freunden oder dem Partner verschwiegen, suizidale Absichten bagatellisiert oder verdrängt. Genau das ist problematisch: „Das Verschweigen verringert die Chance, die gesellschaftliche Tabuisierung zu überwinden, Absichten zu erkennen und Betroffenen helfen zu können“, fasst der österreichische Psychologe und Psychotherapeut Alexis Zajetz zusammen.
Eines ist jedoch zu betonen: Niemand kann einen Suizid hundertprozentig verhindern – weder Expertinnen und Experten noch Angehörige oder Freunde. Sich dies einzugestehen, ist ein Akt der Demut, die im Mittelpunkt dieser Ausgabe steht. Gleichzeitig braucht es Mut, über ein Tabuthema zu sprechen, aufzuklären und zu sensibilisieren – wie die Menschen in diesem Artikel zeigen. Denn der Mut der Angehörigen, Warnsignale wahrzunehmen und Sorgen auszusprechen, kann ebenso Leben retten wie der Mut der Betroffenen, in schwierigen Zeiten Hilfe anzunehmen.

Suizid, ein gesellschaftliches Problem

Im Jahr 2022 betrug die Suizidrate, also die Zahl der Selbsttötungen pro 100.000 Einwohner, in Deutschland 12,1, was 10.119 Tote und durchschnittlich 28 pro Tag entspricht. In Südtirol lag die Rate im selben Jahr bei rund 10,7, in Österreich bei 13 und in der Schweiz bei 14. Ob in den Bergen oder allgemein: Männer nehmen sich in allen Ländern drei- bis viermal häufiger das Leben als Frauen, besonders im mittleren Alter zwischen 45 und 64 Jahren, aber auch viele junge Menschen unter 25 sind betroffen.

Im deutschsprachigen Alpenraum werden Selbsttötungen nur in der österreichischen Bergunfallstatistik erfasst. Ein Suizid im alpinen Raum geht in die Statistik ein, wenn der oder die Tote im alpinen Gelände aufgefunden wird. Dies kann allerdings schon im unbefestigten Gelände neben einer befahrenen Straße ebenso wie im Wald oder im hochalpinen Bereich sein – also überall dort, wo ein herkömmliches Rettungsauto nicht unmittelbar zum Einsatzort fahren kann und daher die Bergrettung und Alpinpolizei notwendig sind. Die Alpinpolizei übermittelt anschließend die anonymisierten Daten dieser Fälle an das Österreichische Kuratorium für Alpine Sicherheit (ÖKAS). In anderen Ländern werden Suizide – unabhängig vom Ort – hingegen nicht in die Bergunfallstatistik aufgenommen. Die Zahlen am Berg können nur geschätzt werden.

Im österreichischen Alpenraum waren Suizide im vergangenen Jahr mit 27 Toten die dritthäufigste Todesursache nach Unfällen beim Wandern und Bergsteigen (99 Tote) und Forstunfällen (34 Tote). Das sind deutlich mehr als tödliche Kletter- oder Skitourenunfälle (9, bzw. 16 Tote). Auf 266 tödliche Bergunfälle kommen demnach 27 Selbsttötungen. Das sind rund zehn Prozent, im Zehnjahresdurchschnitt neun. „Die meisten Bergunfälle passieren mit 40 bis 45 Prozent in Tirol. Bei den Suiziden gibt es hingegen keinen so starken Schwerpunkt", erklärt Hans Ebner, Leiter des Alpindienstes im österreichischen Bundesministerium für Inneres. Doch immerhin: 22 Prozent ereignen sich in den urlaubsstarken Tiroler Bergen, gefolgt von Kärnten (16 Prozent), Salzburg (14,2 Prozent) und Oberösterreich (13,9 Prozent).
In Südtirol meldete die Bergrettung vergangenes Jahr 13 Suizide, was etwa 13,4 Prozent aller tödlichen Bergunfälle ausmachte. Im deutschen Alpenraum und im Mittelgebirge schätzt Heiner Brunner, Leiter des Kriseninterventionsteams des Deutschen Alpenvereins, den Anteil der Selbsttötungen auf etwa zehn Prozent. Bruno Hasler vom Schweizer Alpen-Club SAC vermutet Ähnliches: „Die geschätzte Zahl der jährlichen Suizide in den Schweizer Bergen liegt deutlich unter der der tödlichen Unfälle beim Bergwandern, Hochtourengehen, Skitourengehen inklusive Freeriden, aber über der beim Klettern und Klettersteiggehen, Schneeschuhwandern, Jagen, Strahlen [Suche nach Mineralien, Anm.] oder Pilzesuchen."

Disziplinen/Tote	Alpintote 2023	Alpintote 10-Jahres-Mittel	Anteil in Prozent (2023, n=266)	Anteil in Prozent (10-Jahres-Mittel, n=282
Wandern/Bergsteigen	99	103,5	37%	37%
Forstunfall u. Ä.	34	24	13%	9%
Suizid	27	26	10%	9%
Piste/Skiroute	24	28,8	9%	10%
(Ski-)Tour	16	20,4	6%	7%
Flugunfall	13	8,5	5%	3%
Mountainbiking	11	8,7	4%	3%
Variante	10	8,6	4%	3%
Klettern	9	14,7	3%	5%
Straßenverkehr	6	5,8	2%	2%
Sonstiges	5	16,6	2%	6%
Kombin. Tour/Hochtour	5	4,7	2%	2%
Langlauf	2	1,6	1%	1%
Wildwassersport	2	2	1%	1%
Eisklettern	1	1,2	0%	0%
Jagd	1	3,8	0%	1%
Liftunfall	1	0,9	0%	0%
Höhenunfall	0	0,6	0%	0%
Rodeln	0	1,8	0%	1%
Gesamt 2023	**266**	**282,2**	**100%**	**100%**

2023 starben allein in Österreich 27 Menschen durch Suizid am Berg. Dies war die dritthäufigste Todesursache nach tödlochen Unfällen (z. B. Absturz) beim Wandern und Bergsteigen (99 Tote) und Forstunfällen (34 Tote). Quelle: ÖKAS

Die Zahlen der Suizide am Berg in Österreich zwischen 2014 und 2023 im Detail. Aufgeschlüsselt nach Bundesländern, Alter und Geschlecht. Quelle: Österreichisches Kuratorium für Alpine Sicherheit (ÖKAS)

Bundesland	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	10-Jahres-Mittel
Burgenland	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
k. A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
Kärnten	4	9	3	2	5	4	2	3	4	6	**4,2**
Niederösterreich	3	0	3	6	1	0	3	3	8	6	**3,3**
Oberösterreich	4	4	8	3	2	2	7	3	1	1	**3,5**
Salzburg	9	3	3	2	2	7	1	3	5	2	**3,7**
Steiermark	0	3	3	1	5	7	4	4	5	2	**3,4**
Tirol	6	5	3	10	2	4	5	6	10	6	**5,7**
Vorarlberg	3	1	1	2	1	1	5	2	3	4	**2,3**
Wien	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
Summe	**29**	**25**	**24**	**26**	**18**	**25**	**27**	**24**	**36**	**27**	**26,1**

Alter	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	10-Jahres-Mittel
unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
0–10 Jahre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
11–20 Jahre	0	0	1	1	1	1	3	2	1	2	**1,2**
21–30 Jahre	5	3	4	2	4	2	2	1	7	4	**3,4**
31–40 Jahre	4	5	3	5	3	4	3	4	8	4	**4,3**
41–50 Jahre	7	3	4	7	3	4	7	8	3	3	**4,9**
51–60 Jahre	4	8	8	7	4	6	4	2	9	7	**5,9**
61–70 Jahre	4	3	1	3	2	3	4	5	6	4	**3,5**
71–80 Jahre	3	2	2	0	1	1	3	2	1	2	**1,7**
81–90 Jahre	2	1	1	1	0	3	1	0	1	1	**1,1**
› 91 Jahre	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	**0,1**
Summe	**29**	**25**	**24**	**26**	**18**	**25**	**27**	**24**	**36**	**27**	**26,1**

Geschlecht	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	10-Jahres-Mittel
männlich	24	18	18	15	14	21	16	18	30	22	**19,6**
weiblich	5	7	6	11	4	4	11	6	6	5	**6,5**
Summe	**29**	**25**	**24**	**26**	**18**	**25**	**27**	**24**	**36**	**27**	**26,1**

Von Werther zu Papageno: Warum Suizid ein heikles Thema bleibt

Ende der 80er-Jahre nahmen sich in einigen Südtiroler Seitentälern mehrere junge Menschen das Leben. „Am Anfang wurde jeder Fall in der Presse veröffentlicht", erinnert sich Bergretter Wilhelm Feichter. „Irgendwann hat man aber gemerkt, dass sich alle auf die gleiche Art umgebracht haben." In der Sozialpsychologie wird dieses Phänomen Werther-Effekt genannt: In Goethes Erfolgswerk Die Leiden des jungen Werther setzt ein junger Mann aus unerfüllter Liebe seinem Leben ein Ende. Kurz nach Erscheinen des Werkes im Jahr 1774, kam es zu einer Welle von Suiziden. Solche Nachahmungstaten nach populären Berichten wurden immer wieder beobachtet. 1974 führte der amerikanische Soziologe David Philipps schließlich den Begriff des Werther-Effekts ein.
So entstand in Südtirol und anderen Ländern ein stillschweigendes Übereinkommen, nicht mehr darüber zu berichten. „Eine kommentarlose Berichterstattung ist keine abschreckende, sondern eine hinführende Art", betont auch der Psychologe Alexis Zajetz. Ebenso wenig hilfreich ist es jedoch, das Thema zu verschweigen. Wie der österreichische Mediziner Thomas Niederkrotenthaler herausfand, kann eine überlegte Berichterstattung suizidgefährdeten Menschen helfen. Er nannte dies den Papageno-Effekt – das Pendant zum Werther-Effekt. Das Phänomen ist nach der Figur des Papageno aus Mozarts Oper Die Zauberflöte benannt, der mit Hilfe dreier Knaben eine suizidale Krise überwinden kann. Eine aufklärende Berichterstattung kann nach Niederkrotenthaler also schützend wirken. Voraussetzung dafür ist, dass auf detaillierte Beschreibungen der Methode verzichtet, eine Romantisierung vermieden wird und der aufklärende und hoffnungsvolle Inhalt im Vordergrund steht. „Betroffene sollen verstehen, dass andere Menschen – ob Freunde, Angehörige oder Experten – in akuten Krisen helfen können", sagt Zajetz. „Das Thema betrifft so viele Menschen und es gibt Erfahrungswerte. Psychologinnen und andere Fachleute sind speziell dafür ausgebildet."

Die meisten Suizide sind impulsiv

Generell umfasst Suizidalität alle Denk- und Verhaltensweisen, die darauf abzielen, den eigenen Tod herbeizuführen – sei es durch aktives Handeln, durch Unterlassen lebenserhaltender Maßnahmen oder durch Zulassen solcher Situationen. Im ICD-10 (International Classification of Diseases), das der Klassifikation und Diagnostik sämtlicher Krankheiten dient, wird Suizid als vorsätzliche Selbstbeschädigung unter den Codierungen X60 bis X84 klassifiziert.

Manche Menschen durchleben im Laufe ihres Lebens eine suizidale Phase. Bei vielen bleibt dies die einzige Episode. Auslöser können kritische Lebensereignisse wie Todesfälle, Trennungen, Arbeitsplatzverlust oder andere Lebenskrisen sein. Sie sind in der Regel aber nie die einzige Ursache: „Suizidales Verhalten ist immer das Ergebnis eines komplexen Zusammenspiels neurobiologischer, psychologischer und sozialer Faktoren", schreibt der Psychologe Claudius Stein in einer Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2019. Oft herrscht ein Zusammenspiel aus ungünstigen Bewältigungsstrategien, einem geringen Selbstwertgefühl und einer Vorgeschichte. Bei vielen liegen psychische Erkrankungen vor, häufig Depressionen, Psychosen, Borderline- und Persönlichkeitsstörungen sowie Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch. Etwa zwanzig bis 30 Prozent jener, die einen Versuch unternommen haben, geraten wiederholt in eine Krise. Man spricht von chronischer Suizidalität. Das Risiko, sich das Leben zu nehmen, ist dann 40-mal höher als in der Normalbevölkerung.

Die meisten Suizide geschehen nicht – wie oft angenommen – nach langer Überlegung und sorgfältiger Abwägung, weder am Berg noch generell. Diese sogenannten Bilanzsuizide machen nur etwa zwanzig Prozent aus und beruhen auf einer vernunftmäßigen Beurteilung der Lebensumstände – ohne, dass eine psychische Erkrankung vorliegt. „Die meisten Suizide sind hingegen impulsiv", erklärt der Psychologe Zajetz. „Es herrscht ein hoher Leidensdruck, irgendwann spitzen sich die Emotionen zu. Die Betroffenen erleben sich wie in einem Tunnel – die Selbsttötung als einzigen Ausweg." Gefühle der Hilf- und Hoffnungslosigkeit werden immer größer, hinzu kommen Gedanken wie Ich bin eine Last für alle oder Ich bin nichts mehr Wert. Die Personen ziehen sich weiter zurück, isolieren sich und kommen immer tiefer in eine Abwärtsspirale. Dadurch wird der Impuls binnen kurzer Zeit immer größer. Zwischen dem Entschluss, sich das Leben zu nehmen, und der Suizidhandlung liegen laut Studien bei zwei von drei Menschen nur weniger als zwölf Stunden. „Das heißt, zwei Drittel haben sich das nicht wohl überlegt", sagt Prof. Dr. Thomas Reisch, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in einem Vortrag des Berner Bündnis gegen Depression. Vielmehr handelt es sich um eine situative, von starken Emotionen geleitete Handlung. Suizid ist damit kein Ausdruck von Freiheit, sondern von Einengung durch objektiv oder subjektiv erlebte Not. Die Bezeichnung Freitod ist für den Großteil der Menschen falsch. Darüber hinaus sprechen wir heute von Suizid oder Selbsttötung – nicht von Selbstmord, schreibt der Psychologe Manfred Wolfersdorf. Die betroffenen Menschen sind in psychischer Not und keine Mörder im Sinne des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB). In einer amerikanischen Studie haben Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler zudem herausgefunden, dass Menschen ihre Suizidhandlung bereits während der Ausführung bereuen. Befragt wurden die 0,2 Prozent, die ihren ernsthaften Suizidversuch (Sprung von der Golden Gate Bridge) überlebt haben. Erstaunlicherweise berichteten alle Befragten, schon während des Sprunges ihre Entscheidung bereut zu haben. „So schnell die Gefühle kommen, so schnell können sie wieder gehen – und sich andere Lösungen auftun", sagt der Psychologe Alexis Zajetz.

Hohe Dunkelziffer am Berg

Warum sich Menschen am Berg suizidieren, lässt sich nur vermuten. Die physische Nähe und Erreichbarkeit oder die Suizidmethode kann eine Rolle spielen. Expertinnen und Experten

Suizidalität besser verstehen

Sechs Phasen suizidaler Krisen (Phasenmodell nach Reisch, 2012)

1) Präsuizidale Phase

Die meisten Menschen, die sich das Leben nehmen, haben bereits vor dem Suizidgedanken einen enormen Leidensdruck. Viele leiden an psychischen Störungen, häufig an Depressionen, insbesondere im Rahmen einer bipolaren Störung. Es finden sich aber auch Anpassungsstörungen oder andere Symptome, die nicht alle Kriterien einer psychischen Erkrankung erfüllen.

2) Mental-Pain-Phase

In dieser bereits geschwächten Situation tritt ein schmerzhaftes, oft zwischenmenschliches Ereignis wie eine Trennung oder ein Verlust ein, das den Menschen aus der Bahn wirft. Die Person hat keine Hoffnung mehr, fühlt sich nur noch als Last. Allmählich entsteht der Gedanke, dass Suizid die Lösung des Problems ist. In dieser Phase muss man kein Psychologe sein, um zu erkennen, dass der Mensch leidet.

3) Suizidhandlungsphase

Die eigentliche Suizidhandlung wird umgesetzt. Kurz davor sind die Menschen häufig nicht wiederzuerkennen: Sie wirken plötzlich ruhiger, gelassener und sind von außen nicht mehr als suizidal zu erkennen. Die Betroffenen fühlen sich erleichtert, weil sie eine vermeintliche Lösung gefunden haben. Dieser Gefühlsumschwung ist sehr gefährlich und ein Warnsignal. Smalltalk ist in dieser Phase meist problemlos möglich, echte Gespräche, Blickkontakt oder ernsthafte Beziehungen werden jedoch vermieden.

4) Finale Ambivalenzphase

Vermutlich die Hälfte aller Suizidenten hält vor der endgültigen Handlung noch einmal inne. Der Überlebenswille gewinnt – oft nur für Sekunden – die Oberhand. Es stellt sich die Frage: Soll ich oder soll ich nicht? In dieser Phase können Menschen noch durch unbeteiligte Dritte, häufig Passanten, gerettet werden. Dies erfordert die Zivilcourage und den Mut, eine unbekannte Person anzusprechen.

5) Finale Handlungsphase

Der Suizid wird ausgeführt.

6) Aufwachen

Die meisten Menschen bereuen ihre Suizidhandlung sehr schnell. Dies zeigt unter anderem eine amerikanische Studie, in der Suizidüberlebende nach ihrem Sprung von der Golden Gate Bridge befragt wurden. Alle Befragten berichteten, ihre Tat bereits während des Sprungs bereut zu haben. Reisch nennt diese Phase das „Aufwachen“, das manchmal aber auch erst Tage oder Wochen später eintritt.

vermuten zudem eine hohe Dunkelziffer bei Suiziden in den Bergen. „Das ist wie bei Autounfällen, eine Zeit lang hat es in Südtirol an einer ganz bestimmten Stelle mehrere tödliche Unfälle gegeben“, sagt Wilhelm Feichter von der Bergrettung Innichen. „Erst im Nachhinein stellte sich heraus, dass es sich zu 99 Prozent um Suizid gehandelt haben muss.“ Das bestätigt auch Hans Ebner von der österreichischen Alpinpolizei. Im alpinen Gelände seien Suizide nämlich oft schwer zu erkennen. „Manchmal kommt man erst durch Gespräche mit den Angehörigen, mit Freunden oder durch letzte Verhaltensweisen darauf, dass es Suizid gewesen sein könnte.“

Das polizeiliche Vorgehen im alpinen Gelände ist ähnlich wie in regulären Fällen. Wird in der Leitstelle ein tödlicher Unfall gemeldet, rückt die Alpinpolizei gemeinsam mit der Bergrettung aus. „Zunächst wird versucht, den Sachverhalt abzuklären: Zum Beispiel wird auch geprüft, ob der Tod durch Fremdeinwirkung eingetreten ist oder ob sich bei einer Schussverletzung Schmauchspuren, also kleine Partikel, die beim Ab-feuern einer Waffe entstehen, an der Hand befinden“, erklärt Ebner. Bei jedem Todesfall informiert die Alpinpolizei die Staatsanwaltschaft. „Ist der Sachverhalt nicht klar, prüft sie, ob es Hinweise auf Depressionen oder suizidale Andeutungen gegeben hat.“ Kann dies nicht geklärt werden, wird der Todesfall als Unfall aufgenommen.

Da sein für die Angehörigen

Ereignet sich ein tödlicher Unfall oder ein Suizid im alpinen Gelände, wird neben der Alpinpolizei und der Bergrettung (in Bayern Bergwacht) oft ein Kriseninterventionsteam tätig. Die ausgebildeten Kriseninterventionsberater betreuen Augenzeugen, Ersthelferinnen oder Angehörige am Unfallort, übernehmen aber ebenfalls, und vorzugsweise gemeinsam mit der Behörde, die Überbringung der Todesnachricht. Im Vordergrund steht der psychotraumatologische Aspekt: „Unsere Hauptaufgabe ist es, in den ersten Stunden und Tagen nach dem Unfall Stabilität, Sicherheit und Unterstützung zu vermitteln“, erklärt Heiner Brunner, der seit der Gründung des KIT DAV im Jahr 2003 dabei ist. Durch den Schock würden sich bei den Angehörigen häufig alle Strukturen und Bewältigungsstrategien schlagartig auflösen. „Beim Suizid kommt hinzu, dass sie in vielen Fällen ratlos zurückbleiben“, sagt Brunner. So können viele widersprüchliche Gefühle entstehen: von Trauer über Wut bis hin zu völliger Apathie oder Orientierungslosigkeit. „Wir versuchen zunächst, eine Art Tagesplan zu erstellen, damit die Menschen wieder Halt finden.“ Gleichzeitig informieren KIT-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter über die nächsten Schritte: was mit dem Leichnam passiert, wer die jeweiligen Ansprechpartner sind und wo Betroffene professionelle Hilfe bekommen (siehe Kasten). Denn die Grenzen des KIT liegen dort, wo die therapeutische Arbeit beginnt. Im bayerischen Alpenraum arbeitet das Kriseninterventionsteam zudem eng mit der Alpinpolizei zusammen – auch, um ein letztes persönliches Abschiednehmen vom Verstorbenen zu ermöglichen. „Das ist ein wichtiger Teil der Trauerarbeit. Es hilft, den Tod zu begreifen und Abschied zu nehmen“, betont Teamleiter Brunner.

Belastung ist vielseitig

Suizid-Einsätze können für die Bergrettung sehr belastend sein. „Wird ein Suizid im alpinen Gelände vermutet, startet die Fantasie der Bergretterinnen und Bergretter“, sagt Wilhelm Feichter. „Wenn das vorgefundene Szenario mit dem vorgestellten übereinstimmt, ist es für die Bergretter meist weniger erdrückend, da sie in solchen Fällen mental teilweise schon vorbereitet sind.“ Umgekehrt kann sich die vorgefundene Situation noch verschlimmern. Besonders dann, wenn junge Menschen gefunden werden. Um solche und ähnliche, zum Teil traumatische Erlebnisse verarbeiten zu können, aber auch, um im Vorfeld vorbereitet zu sein, wurde das Peer-System geschaffen: In Südtirol können beispielsweise Bergretterinnen und Bergretter, die über eine gewisse Einsatzerfahrung, Ausbildung und Sensibilität verfügen, im Rahmen der Peer-Group andere bei der Verarbeitung solch möglicherweise belastender Einsätze unterstützen. Ein ähnliches Peer-System gibt es auch für Polizistinnen und Polizisten, um bei Bedarf schwere Fälle aufarbeiten zu können.

Welche Ereignisse besonders einschneidend sind, lässt sich nicht verallgemeinern. „Das kann mit dem Wetter, der Tageszeit, dem Unfallort, der eigenen Vorgeschichte, der täglichen Verfassung, aber ebenso mit den wahrgenommenen Eindrücken wie Bildern, Gerüchen oder Geräuschen zusammenhängen – das ist sehr individuell“, erklärt Wilhelm Feichter, der maßgeblich am Aufbau der Peer-Gruppe in Südtirol beteiligt war. „Wer sich aber drei bis vier Wochen nach einem belastenden Einsatz beispielsweise bei seiner gewohnten Arbeit immer noch nicht konzentrieren kann oder etwa aggressiv und reizbar ist oder mehr Alkohol als üblich trinkt, der hat wahrscheinlich etwas nicht ausreichend verarbeitet.“ Im Gespräch mit den Peers schildern die Betroffenen den Unfall und sprechen über die aufwühlenden, oft wiederkehrenden Bilder. „Manchmal hilft es, die plötzlich und unkontrolliert auftauchenden Flashbacks aktiv zu zählen: Am Anfang kommen sie vielleicht zehn Mal am Tag vor, nach einer Woche nur noch drei Mal – das kann der Bergretter oder die Bergretterin selbst kontrollieren und folglich für sie beruhigend sein.“ Auch eine gemeinsame Nachbesprechung in der Gruppe sei hilfreich: So sind alle Beteiligten auf dem gleichen Informationsstand und es entstehen keine Fantasien, die möglicherweise Unsicherheit und anschließende Angst erzeugen. Es gehe immer um die Verstehbarkeit des Ereignisses. Außerdem sei ein positives Ende entscheidend, betont Feichter: „Selbst, wenn die Bergretter einen Unfall oder Suizid nicht verhindern konnten, haben sie dem Toten durch die Bergung Würde gegeben. Das ist enorm wichtig und muss ihnen im Rahmen eines gemeinsamen Einsatzabschlusses vom Einsatzleiter mitgeteilt werden.“

Hilfe holen und sich Angehörigen, Expertinnen oder Freunden anvertrauen: Das ist für Bergretter, aber auch für Angehörige und Betroffene in Krisensituationen entscheidend. Reden ist niemals eine Schwäche, sondern eine Stärke. Es braucht Mut, Dinge an- und auszusprechen – und genau das kann am Ende Leben retten. ■

Reden kann Leben retten

Hilfe für Betroffene und Angehörige

Deutschland

Telefonseelsorge Telefon 0800 111 0 111, 0800 111 0 222 oder 116 123, Chat- und E-Mail-Beratung online.telefonseelsorge.de
Infos und Hilfsangebote für Betroffene in Krisen Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS), suizidprophylaxe.de
Hilfe für Angehörige AGUS Angehörige um Suizid e.V., +49 (0) 921 150 03 80, kontakt@agus-selbsthilfe.de, agus-selbsthilfe.de

Österreich

Telefonseelsorge Telefon 142, Chat- und E-Mail-Beratung unter telefonseelsorge.at
Hilfe in Krisensituationen Kriseninterventionszentrum, Telefon 01/4069595, Montag bis Freitag 8–17 Uhr, sowie anonyme E-Mail-Beratung unter kriseninterventionszentrum.at
Weitere Angebote für Angehörige und Betroffene www.suizid-praevention.at

Schweiz

Telefonseelsorge Telefon 143, Chat- und E-Mail-Beratung unter 143.ch
Beratung für Betroffene und Nahestehende Pro Mente Sana, Telefon 0848 800 858, Montag, Dienstag, Donnerstag 9–12 Uhr, sowie Donnerstag 14–17 Uhr, promentesana.ch
Weitere Informationen, Online-Hilfsangebote und Kontakte für Betroffene und Angehörige reden-kann-retten.ch

Südtirol

Telefonseelsorge der Caritas Telefon 0471 052 052, Online- oder E-Mail-Beratung unter telefonseelsorge-online.bz.it
Psychologisches Krisentelefon Telefon 800 101 800, 24 Stunden erreichbar
Weitere Informationen und Hilfe bei Suizidgedanken Netzwerk Suizidprävention, suizid-praevention.it

Die Telefonseelsorge ist in allen Ländern gebührenfrei und 24 Stunden erreichbar.

Quellen

- Österreichisches Kuratorium für Alpine Sicherheit: Auswertungen Alpinunfallstatistik Österreich, Betrachtungszeitraum 2014-2023
- Schweizer Alpen-Club SAC: Bergunfallstatistik Schweiz, 2023
- Bundesamt für Statistik: Medienmitteilung Suizide. Seitenaufruf Juni 2024; https://www.bfs.admin.ch/asset/de/23446122
- Statistisches Bundesamt: Todesursachen: Suizide. Seitenaufruf Juni 2024; https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html?nn=210776
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information: ICD-10-WHO Version 2013, Seitenaufruf Juni 2024; https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-who/kode-suche/htmlamtl2013/block-x60-x84.htm
- Prof. Dr. med. Thomas Reisch: Umgang mit Suizidalität. In: Bündnis gegen Depression Bern, 2017
- Claudius Stein: Die Psychodynamik der Suizidalität. Übersichtsarbeit, Psychotherapie Forum 2019, 81-86
- Martin Hautzinger: Ratgeber Depression. Informationen für Betroffene und Angehörige. Hogrefe 2022 (3. aktualisierte Auflage)