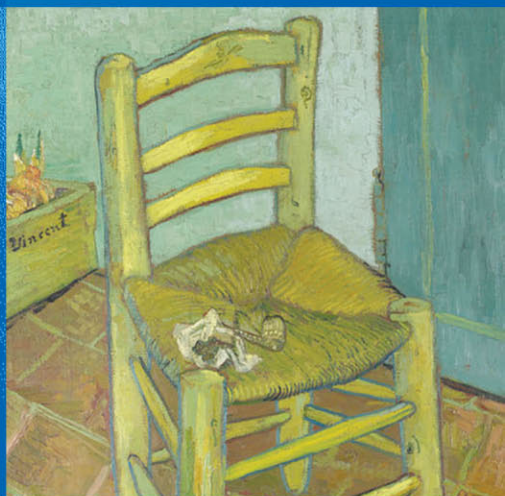


Lindner
Hery · Schaller
Schneider · Sperling



Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen

Eine Publikation
der Arbeitsgruppe
„Alte Menschen“
im Nationalen
Suizidpräventions-
programm
für Deutschland

Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen

Reinhard Lindner
Daniela Hery
Sylvia Schaller
Barbara Schneider
Uwe Sperling
(Hrsg.)

Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen

Eine Publikation der Arbeitsgruppe »Alte Menschen«
im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für
Deutschland

Mit 5 Abbildungen

Herausgeber

PD Dr. med. Reinhard Lindner
Gerontopsychosomatik und
Alterspsychotherapie
Medizinisch-Geriatriische Klinik
Albertinen-Haus
Hamburg

Daniela Hery LL.M (MedR)
Kanzleisitz Mainz
Bernard Korn & Partner
Mainz

Dr. phil. Sylvia Schaller
Mannheim

Prof. Dr. med. Barbara Schneider
Abt. für Abhängigkeitserkrankungen und
Allgemeinpsychiatrie
LVR-Klinik Köln
Köln

Dr. theol. Uwe Sperling
IV. Medizinische Klinik, Geriatriisches
Zentrum
Universitätsmedizin Mannheim
Mannheim

ISBN 978-3-662-44011-7
DOI 10.1007/978-3-662-44012-4

ISBN 978-3-662-44012-4 (eBook)

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

SpringerMedizin

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Planung: Renate Scheddin, Heidelberg
Projektmanagement: Renate Schulz, Heidelberg
Lektorat: Dr. Brigitte Dahmen-Roscher, Hamburg
Projektkoordination: Cécile Schütze-Gaukel, Heidelberg
Umschlaggestaltung: deblik Berlin

Fotonachweis Umschlag: © Vincent van Gogh, this work with the title »Van Gogh's Chair« http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Vincent_Willem_van_Gogh_138.jpg is licensed under »public domain works of art« [\[http://commons.wikimedia.org/wiki/Public_domain#Material_in_the_public_domain\]](http://commons.wikimedia.org/wiki/Public_domain#Material_in_the_public_domain)
Herstellung: Crest Premedia Solutions (P) Ltd., Pune, India

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer Medizin ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media
www.springer.com

Vorwort

Der Suizid trägt die Handschrift des Alters. Jedes Jahr sterben in Deutschland annähernd 10.000 Menschen durch Suizid, darunter überproportional viele alte Menschen, besonders Männer über 75 Jahren. Trotz dieses eindeutigen Befundes ist die Versorgungssituation von Älteren in suizidalen Krisen immer noch schlecht. Einerseits finden Ältere viel zu selten professionelle Angebote, die spezifisch auf ihre Situation eingehen, die gerade im Alter sehr unterschiedlich gestaltet ist. Andererseits erleben Professionelle die Begegnung mit suizidalen Älteren als besonders belastend, und sie fühlen sich oftmals überfordert. Ganz deutlich spüren sie, wie notwendig es ist, die eigene Kompetenz für das Gespräch und die Behandlung auszubauen.

Genau in diesem Feld möchte das vorliegende Buch Information, Hilfe und Unterstützung bieten. Es richtet sich in erster Linie an alle Professionellen, die mit älteren Menschen in Berührung kommen. Genau so wendet es sich jedoch an jeden, der aus persönlichem Interesse mehr über die Suizidalität im Alter erfahren und seine Kompetenz im Verständnis und im Umgang mit suizidalen älteren Menschen verbessern will.

Dieses Buch ist innerhalb des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland (NaSPro) entstanden. Seit über 10 Jahren bündelt das NaSPro mit einer bürgerschaftlichen und ehrenamtlichen »Bottom-up«-Strategie mehr als 80 Gruppen, Organisationen und Institutionen. Mit einer Vielzahl von Initiativen, Aktivitäten und Arbeitsgruppen schafft es laut seinen »Grundsätzen«¹ »Rahmenbedingungen, die ein generelles suizidpräventives Klima bewirken und Forschung und praktisches Handeln stimulieren. Wirksam ist Suizidprävention nämlich überwiegend dort, wo Menschen miteinander in Beziehung stehen. Das Nationale Suizidpräventionsprogramm soll dazu befähigen, auf die Suizidproblematik einzugehen und wirkungsvolle, regional angepasste Strukturen für eine bessere Primärprävention (allgemeine suizidpräventive Maßnahmen), sekundäre (Erkennung und Behandlung suizidgefährdeter Menschen) und tertiäre Prävention (Versorgung von Personen nach einem Suizidversuch) zu schaffen.«

Die Herausgeber und die Autoren der einzelnen Kapitel arbeiten in der Arbeitsgruppe »Alte Menschen« des NaSPro zusammen, die auf mehreren Handlungsebenen das Ziel verfolgt, die Suizidprävention im Alter zu optimieren. Als wichtige Bausteine dafür sieht die Arbeitsgruppe die Folgenden an:

- Die Verbesserung von Information, Aufklärung und Bildungsarbeit zu Themen des Umgangs mit Altern, Lebenskrisen und suizidaler Gefährdung bei betroffenen Berufsgruppen, Angehörigen und alten Menschen.
- Das Engagement in Bereichen der Sozial- und Altenhilfepolitik, um auf möglichst frühzeitige und präventive Strategien zur Krisenbewältigung im Alter hinzuwirken.

1 Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (2014). Grundsätze. ► <http://www.suizidpraevention-deutschland.de/grundsaeetze.html>

- Die Thematisierung existenzieller Fragen am Lebensende, die jeden betreffen. Es ist angezeigt, sich schon frühzeitig damit auseinanderzusetzen. In unterschiedlichen Begegnungsformen mit Älteren und ihren Helfern sollen diese Fragen angestoßen werden. Außerdem engagiert sich die Arbeitsgruppe intensiv bei der Erarbeitung von Stellungnahmen im Zusammenhang mit geplanten Gesetzesmaßnahmen.
- Die Zusammenarbeit mit Medien und die Nutzung von Medien, um die Akzeptanz und Erreichung von Zielen der Suizidprävention im Alter zu befördern. Ein weiteres Anliegen ist der Abbau von Vorurteilen.
- Die Initiierung von Forschungsprojekten und die Beteiligung daran.

Die Arbeitsgruppe »Alte Menschen« hat im Sinne des ersten Bausteins mittlerweile mehrere Veröffentlichungen herausgebracht. Dazu gehören die Broschüre und das Faltblatt *Wenn das Altwerden zur Last wird*² sowie die Materialien zur Aus-, Fort- und Weiterbildung *Suizidprävention im Alter* von Barbara Schneider und Mitarbeitern (2011).

Das vorliegende Buch möchte einem breiten Publikum auf kompakte und informative Weise differenzierte und seinen Bedürfnissen entsprechende Zugänge zu allen Themen der Suizidprävention im Alter bieten. Der Aufbau ermöglicht einen gezielten Zugang zu einzelnen Themen wie den empirischen Hintergründen von Suizid und Suizidalität im Alter, dem aktuellen wissenschaftlichen Verständnis und den psychischen Hintergründen suizidalen Erlebens wie auch den diagnostischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsansätzen. Das Buch schließt mit Kapiteln zu religiösen, ethischen, rechtlichen und gesellschaftspolitischen Aspekten von Suizid, Suizidalität und Suizidprävention im Alter.

Die Herausgeber bedanken sich bei den Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft »Ältere Menschen« des NaSPro für die intensive und fruchtbare jahrelange Zusammenarbeit, die in diesem Buch einen Ausdruck findet. Sie bedanken sich bei Prof. Dr. Armin Schmidtke und Georg Fiedler, den Leitern des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland, für ihren unermüdlichen Einsatz für die Suizidprävention, bei Frau Renate Scheddin und Frau Renate Schulz vom Springer Verlag sowie der Lektorin Frau Dr. Brigitte Dahmen-Roscher für die intensive Begleitung des Erscheinungsprozesses dieses Buches. Ein besonderer Dank aber gilt unseren älteren Patienten und Mandanten, die es uns durch ihr Vertrauen erst ermöglichen, ihre Situation zu verstehen und mit ihnen nach Möglichkeiten zur Lösung ihrer Fragen zu suchen.

**Reinhard Lindner, Daniela Hery, Sylvia Schaller,
Barbara Schneider und Uwe Sperling**

Hamburg, Mainz, Köln und Mannheim, im April 2014

2 Abrufbar unter: ► <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/wenn-das-altwerden-zur-last-wird,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>

Inhaltsverzeichnis

I Hintergründe, Basisdaten und Grundlagen

1	Suizidalität im Alter: Die gerontologische Perspektive	3
	<i>Norbert Erlemeier, Uwe Sperling</i>	
1.1	Altern im Spannungsfeld von Gewinnen und Verlusten	4
1.2	Lebensqualität und Wohlbefinden unter erschwerten Bedingungen	5
1.3	Erklärungsansätze für Anpassung an Altersveränderungen	7
1.4	Altern in der Gesellschaft	8
1.4.1	Demografischer Wandel	8
1.4.2	Altersbilder	9
1.5	Altersveränderungen und Belastungen	10
1.5.1	Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten	10
1.5.2	Soziale Beziehungen und Teilhabe	13
1.5.3	Risiken im Alternsprozess	14
1.6	Aspekte der Suizidprävention im Alter	15
1.6.1	Angebote von Krisen- und Lebenshilfen	15
1.6.2	Status quo und neue Herausforderungen	16
1.7	Altern im Spannungsfeld von Gewinnen und Verlusten – Ein Fazit	16
	Literatur	18
2	Epidemiologie	21
	<i>Sylvia Schaller, Norbert Erlemeier</i>	
2.1	Allgemeine Daten	22
2.1.1	Besonderheiten der Erfassung suizidaler Handlungen alter Menschen	22
2.1.2	Häufigkeit suizidaler Handlungen	22
2.2	Soziale Bedingungen	26
2.2.1	Auswirkungen des sozialen Wandels	26
2.2.2	Soziale Bedingungen im Alter	27
2.2.3	Zusammenfassung und Fazit	32
	Literatur	32
3	Einflussfaktoren für Suizid und Suizidalität im Alter	35
	<i>Barbara Schneider, Claus Wächtler, Sylvia Schaller, Norbert Erlemeier, Rolf Hirsch</i>	
3.1	Risikofaktoren	36
3.1.1	Psychische Erkrankungen	36
3.1.2	Körperliche Erkrankungen	38
3.1.3	Weitere Risikofaktoren	38
3.2	Schutzfaktoren und soziale Einflüsse	39
3.2.1	Interne Schutzfaktoren	40
3.2.2	Externe Schutzfaktoren	42
3.2.3	Schutzfaktoren haben Schlüsselfunktion	43
	Literatur	43

4	Erklärungsansätze	47
	<i>Sylvia Schaller, Martin Teising, Reinhard Lindner, Claus Wächtler</i>	
4.1	Allgemeines	48
4.2	Psychoanalytische Ansätze	48
4.3	Verhaltenstherapeutische Ansätze	50
4.4	Transaktionales (multifaktorielles) Erklärungsmodell der Alterssuizidalität	51
4.4.1	Personvariablen	51
4.4.2	Umweltbedingungen	53
4.4.3	Verhalten	54
	Literatur	55
 II Erkennen, Vorbeugen, Krisenhilfe und Behandeln		
5	Diagnostik der Suizidalität im Alter	59
	<i>Claus Wächtler, Rolf D. Hirsch, Reinhard Lindner, Sylvia Schaller, Barbara Schneider, Uwe Sperling</i>	
5.1	Suizidalität und Depression	60
5.2	Erfassen der Suizidalität	61
5.2.1	Gesprächsführung	61
5.2.2	Testdiagnostik	62
5.2.3	Einschätzung der aktuellen Suizidalität	63
5.3	Ausblick	65
	Literatur	65
6	Suizidprävention im Alter	67
	<i>Reinhard Lindner, Barbara Schneider, Claus Wächtler</i>	
6.1	Epidemiologie	68
6.2	Risikofaktoren	68
6.3	Was ist Suizidprävention?	69
6.4	Suizidprävention im Alter	69
6.5	Evidenzbasierte Strategien zur Suizidprävention bei Älteren	71
	Literatur	73
7	Krisenintervention und Gesprächsführung	75
	<i>Hans Wedler, Martin Teising, Reinhard Lindner</i>	
7.1	Was ist Krisenintervention?	76
7.2	Voraussetzungen für Krisenintervention	76
7.3	Elemente der Krisenintervention	77
7.3.1	Klärung	77
7.3.2	Weichenstellung	78
7.3.3	Motivation	79
7.4	Phasen der Krisenintervention	79
7.5	Gesprächsführung	80
7.6	Beziehungsgestaltung	82
7.7	Begleitmaßnahmen und Beendigung der Krisenintervention	84
7.8	Fallstricke in der Krisenintervention	85

7.9	Krisenintervention nach Suizidversuch	86
7.10	Krisenintervention nach vollzogenem Suizid	87
7.11	Organisationsformen der Krisenintervention	87
7.12	Was qualifiziert zum Krisenhelfer?	88
	Literatur	89
8	Psychiatrische Behandlung und Psychotherapie	91
	<i>Reinhard Lindner, Barbara Schneider, Sylvia Schaller, Claus Wächtler</i>	
8.1	Aktueller Stand der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung suizidaler Älterer	92
8.2	Stationäre und ambulante psychiatrische Behandlung	92
8.3	Stationäre Behandlung akuter Suizidalität im Alter	93
8.4	Konsil/Liaisonbehandlung der Suizidalität älterer Patienten	95
8.5	Psychoanalytische und verhaltenstherapeutische Psychotherapie der Suizidalität im Alter	97
8.6	Psychotherapeutische Prozesse mit suizidalen Älteren	97
8.6.1	Der depressive Modus	97
8.6.2	Der psychosomatisch-suizidale Modus:	99
8.6.3	Der regressiv-rückzügige Modus	100
	Literatur	102
9	Hilfen für Hinterbliebene	105
	<i>Barbara Schneider, Reinhard Lindner, Uwe Sperling</i>	
9.1	Hilfen kurz nach Suizid eines Angehörigen	106
9.2	Welche Hilfen brauchen Angehörige später?	107
9.2.1	Besonderheiten zum Befinden von Hinterbliebenen nach einem Suizid	107
9.3	Schlussfolgerung	109
	Literatur	109
10	Ältere Menschen in stationären Einrichtungen	111
	<i>Norbert Erlemeier, Rolf D. Hirsch, Reinhard Lindner, Uwe Sperling</i>	
10.1	Einleitung	112
10.2	Stationäre Pflegeeinrichtungen (Altenpflegeheime)	112
10.2.1	Struktur- und Bewohnermerkmale von Altenpflegeheimen	112
10.2.2	Suizidalität von Bewohnern in Altenpflegeheimen	115
10.3	Krankenhäuser	117
10.3.1	Struktur- und Patientenmerkmale von Krankenhäusern	117
10.3.2	Suizidalität von Patienten im Krankenhaus	119
10.4	Zusammenfassung	121
	Literatur	121
11	Teamkoordination in stationären Einrichtungen	123
	<i>Rolf D. Hirsch, Reinhard Lindner</i>	
11.1	Einstellungen und Affekte	124
11.1.1	Eigenproblematik von Teammitarbeitern	124
11.1.2	Ablehnende Vorurteile	125
11.1.3	Emotionen auf Helferseite	125
11.1.4	Umgang mit Gegenübertragungsphänomenen	125

11.2	Therapeutisches Milieu und Behandlungsteam	126
11.3	Fortbildung	128
11.4	Fallkonferenz und Dokumentation	128
11.5	Checkliste und Leitlinie	129
	Literatur	130

III Religiöse, ethische, rechtliche und gesellschafts- politische Aspekte

12	Ethische Aspekte der Suizidprävention	133
	<i>Hans Wedler, Martin Teising, Daniela Hery</i>	
12.1	Ethische Wertung des Suizids	134
12.1.1	Ethische Argumente pro Suizid.	134
12.1.2	Ethische Argumente kontra Suizid.	135
12.1.3	Abwägung der Argumente	136
12.2	Ethische Grundlagen der Suizidprävention	136
12.2.1	Konkurrierende ethische Grundprinzipien	137
12.2.2	Schwacher Paternalismus	138
12.2.3	Selbstbestimmungsfähigkeit.	138
12.2.4	Schlussfolgerung.	139
12.3	Suizidalität und Suizidprävention am Lebensende	140
12.3.1	Patientenwünsche am Lebensende.	140
12.3.2	Derzeitige Praxis der Suizidbeihilfe	141
12.3.3	Schlussfolgerungen	142
	Literatur	142
13	Juristische Aspekte	145
	<i>Daniela Hery, Hans Wedler</i>	
13.1	Akute Suizidalität	146
13.1.1	Allgemeine Hilfsverpflichtung.	146
13.1.2	Betreuung bei mangelnder Freiverantwortlichkeit	147
13.2	Ärztliche Sterbebegleitung am Lebensende	149
13.3	Rechtsprechung und Rechtspolitik in Bewegung	151
13.4	Anhang: Formulare	153
	Literatur	157
14	Religiosität und Spiritualität als Einflussfaktor	159
	<i>Uwe Sperling</i>	
14.1	Einleitung	160
14.2	Suizid und Suizidalität in den biblischen Religionen	160
14.3	Religiosität und Spiritualität in der Bevölkerung Deutschlands	161
14.4	Haupttheorien für den Zusammenhang von Religiosität und Suizidalität	161
14.5	Religiosität und Spiritualität als Schutzfaktor	162
14.5.1	Moralische Ablehnung.	162
14.5.2	Verringerung von Risikofaktoren	163
14.5.3	Religiöse und spirituelle Bewältigungsstrategien.	164

14.5.4	Auseinandersetzung mit existenziellen Fragen.....	164
14.5.5	Rituale und Meditation	165
14.5.6	Spirituelles Wohlbefinden.....	165
14.5.7	Trauerbegleitung.....	165
14.6	Religiosität und Spiritualität als Risikofaktor	165
14.7	Zusammenfassung und Ausblick	167
	Literatur	168
15	Gesellschaftspolitische Aspekte der Suizidprävention	
	im Alter	171
	<i>Norbert Erlemeier, Martin Teising, Reinhard Lindner</i>	
15.1	Einleitung.....	172
15.2	Stellenwert in Gesundheits- und Präventionspolitik.....	172
15.3	Rezeption in den Medien.....	173
15.3.1	Printmedien	173
15.3.2	Rundfunk- und Fernsehen	174
15.3.3	Neue Medien	174
15.3.4	Literatur, Film und Theater	175
15.4	Fazit und künftige Entwicklungen.....	175
	Literatur.....	177
	 Serviceteil	
	 Anhang	180
	 Stichwortverzeichnis	182

Autorenverzeichnis

Erlemeier, Norbert, Prof. Dr. phil.

Hirschweg 41, 51519 Odenthal
Norbert.Erlemeier@t-online.de

Wächtler, Claus, Dr. med.

Droste-Hülshoffstr. 11, 22609 Hamburg
c.waechtler@gmx.de

Hery, Daniela, LL.M (MedR)

Bernard Korn & Partner, Kanzleisitz Mainz
Hindenburgplatz, 355118 Mainz
hery@ckb-anwaelte.de

Wedler, Hans, Prof. Dr. med.

Goslarerstr. 115, 70499 Stuttgart
hans.wedler@web.de

Hirsch Rolf D., Prof. Dr. med. Dr. phil.

Ermekeilstraße 36, 53113 Bonn
r.d.hirsch@t-online.de

Lindner, Reinhard, PD Dr. med.

Medizinisch-Geriatriische Klinik
Albertinen-Haus
Gerontopsychosomatik und
Alterspsychotherapie
Sellhopsweg 18–22, 22459 Hamburg
Reinhard.Lindner@albertinen.de

Schaller, Sylvia, Dr. phil.

Rosenstr. 94, 68199 Mannheim
SchallerSylvia@t-online.de

Schneider, Barbara, Prof. Dr. med.

LVR-Klinik Köln, Abt. für Abhängigkeits-
erkrankungen und Allgemeinpsychiatrie,
Wilhelm-Griesinger-Str. 23, 51109 Köln
B.Schneider@lvr.de

Sperling, Uwe, Dr. theol.

Universitätsmedizin Mannheim,
IV. Medizinische Klinik,
Geriatrisches Zentrum,
Theodor-Kutzer-Ufer 1–3, 68167 Mannheim
uwe.sperling@umm.de

Teising, Martin, Prof. Dr. phil.

International Psychoanalytic University
Berlin GmbH
Stromstr. 3, 10555 Berlin
teising@t-online.de

Adressen der Herausgeber

Hery, Daniela, LL.M (MedR)

Bernard Korn & Partner, Kanzleisitz Mainz
Hindenburgplatz, 3 55118 Mainz
hery@ckb-anwaelte.de

Lindner, Reinhard, PD Dr. med.

Gerontopsychosomatik und
Alterspsychotherapie
Medizinisch-Geriatriische Klinik
Albertinen-Haus
Sellhopsweg 18–22, 22459 Hamburg
Reinhard.Lindner@albertinen.de

Schaller, Sylvia, Dr. phil.

Rosenstr. 94, 68199 Mannheim
SchallerSylvia@t-online.de

Schneider, Barbara, Prof. Dr. med.

Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen
und Allgemeinpsychiatrie, LVR-Klinik Köln
Wilhelm-Griesinger-Str. 23, 51109 Köln
B.Schneider@lvr.de

Sperling, Uwe, Dr. theol.

IV. Medizinische Klinik, Geriatriisches
Zentrum, Universitätsmedizin Mannheim
Theodor-Kutzer-Ufer 1–3, 68167 Mannheim
uwe.sperling@umm.de

Hintergründe, Basisdaten und Grundlagen

- | | |
|-----------|--|
| Kapitel 1 | Suizidalität im Alter: Die gerontologische Perspektive – 3
<i>Norbert Erlemeier, Uwe Sperling</i> |
| Kapitel 2 | Epidemiologie – 21
<i>Sylvia Schaller, Norbert Erlemeier</i> |
| Kapitel 3 | Einflussfaktoren für Suizid und Suizidalität im Alter – 35
<i>Barbara Schneider, Claus Wächtler, Sylvia Schaller, Norbert Erlemeier, Rolf Hirsch</i> |
| Kapitel 4 | Erklärungsansätze – 47
<i>Sylvia Schaller, Martin Teising, Reinhard Lindner, Claus Wächtler</i> |

Suizidalität im Alter: Die gerontologische Perspektive

Norbert Erlemeier, Uwe Sperling

- 1.1 Altern im Spannungsfeld von Gewinnen und Verlusten – 4**
- 1.2 Lebensqualität und Wohlbefinden unter erschwerten Bedingungen – 5**
- 1.3 Erklärungsansätze für Anpassung an Altersveränderungen – 7**
- 1.4 Altern in der Gesellschaft – 8**
 - 1.4.1 Demografischer Wandel – 8
 - 1.4.2 Altersbilder – 9
- 1.5 Altersveränderungen und Belastungen – 10**
 - 1.5.1 Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten – 10
 - 1.5.2 Soziale Beziehungen und Teilhabe – 13
 - 1.5.3 Risiken im Alternsprozess – 14
- 1.6 Aspekte der Suizidprävention im Alter – 15**
 - 1.6.1 Angebote von Krisen- und Lebenshilfen – 15
 - 1.6.2 Status quo und neue Herausforderungen – 16
- 1.7 Altern im Spannungsfeld von Gewinnen und Verlusten – Ein Fazit – 16**
- Literatur – 18**

1.1 Altern im Spannungsfeld von Gewinnen und Verlusten

Alter und Altern zeigen in historischer wie gegenwärtiger Betrachtung ein Doppelgesicht. Auf der einen Seite bieten sich Chancen und Entwicklungspotenziale, von Rosenmayr (1990, S. 19 ff) mit dem Begriff der »späten Freiheit« bezeichnet, die für die späten Jahre eine Perspektive eröffnen und sinnvoll genutzt werden können. Auf der anderen Seite sind Abbauphänomene, Einschränkungen und Verluste im körperlichen und psychosozialen Bereich nicht zu vermeiden. Altwerden ist, je mehr es dem Lebensende zugeht, oft belastend und schwer zu ertragen. Das Doppelgesicht des Alters, das auch als Spannungsfeld zwischen Gewinnen und Verlusten gesehen werden kann, verbietet deshalb eine einseitige Betonung der positiven wie der negativen, belastenden Seiten der späten Jahre. Rosenmayr (1990, S. 18) gibt zu bedenken:

- » Wer über das Alter schreibt, läuft Gefahr, entweder zu beschönigen und falsche Hoffnungen zu nähren oder durch Mut zur Schilderung des Negativen dazu beizutragen, dass Menschen sich von der Realität erdrückt fühlen und sich dadurch entmutigen lassen.

Vor allem durch die Werbung verbreitete Altersbilder übersehen oft bewusst die Kehrseite des Alters und zeichnen die Illusion ewiger Jugend durch Kosmetik, Schönheitschirurgie oder Anti-Aging-Kampagnen. Medien tragen aber auch dazu bei, durch einseitige Berichterstattung Ängste vor Leistungsabfall und sozialer Vernachlässigung im Alter zu wecken.

Im 20. Jahrhundert bis heute kam es kontinuierlich zu einem Zuwachs an Lebensjahren mit all den Folgeerscheinungen. Ältere und alte Menschen weisen nach Rosenmayr (1996, S 2/30) heute »keine einheitlichen Merkmale mehr auf, sondern müssen immer stärker in Untergruppen gegliedert werden«. Eine entsprechende Alterskultur als Orientierungsrahmen habe sich noch nicht ausbilden können. Alter sei als Massenphänomen eine historisch neue Entwicklung ohne ein verbindliches »Werte-Universum« und verbindliche historische Vorbilder für eine Alterskultur, »an die eine Anlehnung oder auf die ein Rückgriff möglich wäre«. Vom Alter strahlten bis heute auch keine alternativen Lebensstile auf die Gesamtgesellschaft aus, die als ein Gegenentwurf zur Individualisierung und Konsumorientierung der jüngeren Generation dienen könnten.

Lange Zeit beherrschte in der Alternsforschung das **Defizitmodell des Alterns** das Feld. Dieses Modell orientierte sich vornehmlich an biologischen Entwicklungsvorstellungen, die von einem zeitabhängigen, irreversiblen, höchstens aufschiebbaren körperlich-organischen Funktionsverlust ausgehen, der zum Tod des Organismus führt (Lehr 2000, S. 46). Das Defizitmodell des Alters erfuhr jedoch wegen seiner methodischen Schwächen und unhaltbaren Konsequenzen für Altenpolitik und Altersprophylaxe eine grundlegende Korrektur und Differenzierung. Abgelöst wurde es von einem **Kompetenzmodell des Alterns**, in dem aufgrund neuerer wissenschaftlicher Erkenntnisse und gesellschaftlicher Weichenstellungen nicht die negativen Seiten des Alters, sondern die Kompetenzen, Potenziale und Entwicklungschancen, die im Alter liegen, betont wurden. Dabei kam es in Überbetonung dieser Perspektive wiederum zu einer Bagatellisierung der biologischen Seiten des Alters.

- » Ein einseitiges Defizitmodell des Alters ist genau so wenig wie ein überzogenes Kompetenzmodell geeignet, die Mehrschichtigkeit und Bandbreite des Alternsprozesses angemessen und realistisch abzubilden.

Nach Baltes (2007, S. 16) geben nicht nur diese beiden polarisierenden Modelle ein unrealistisches Bild des Alters ab, sondern auch das Bild des Doppelgesichts ist irreführend, wenn es um die Vielgestaltigkeit von Alternsprozessen geht. Altern sei gekennzeichnet durch

- **Plastizität** (Formbarkeit),
- **Variabilität** zwischen den Funktionen und Personen und
- in hohem Maße geprägt von **biografischer Individualität**.

Erst pathologische Alternsprozesse wie z. B. die Demenz setzten der Altersvielfalt und Entwicklung deutliche Grenzen.

Die Vielfalt und Plastizität von Alternsprozessen wird auch ausgedrückt durch den Begriff des **differenziellen Alterns**. Dieser betont sowohl die großen individuellen Unterschiede in Verlauf und Ausprägung des Alternsprozesses als auch dessen Mehrschichtigkeit und unterschiedliche Gerichtetheit (Baltes 2007; Wahl u. Heyl 2004). Genetische, gesellschaftlich-kulturelle, psychologische sowie Zufallsprozesse wirken zusammen. Im Alternsprozess selbst durchläuft der Mensch heute wegen der hohen durchschnittlichen Lebenserwartung verschiedene Phasen, die ihn durch eine relativ lange Zeit des gesunden Alterns führen. In der Phase der Hochaltigkeit, die die Zeit über 80 umfasst, wird dann das Leben immer stärker durch Krankheit, Funktionsverlust und Einbußen an Selbstständigkeit belastet. Gerontologen sprechen, um diese Altersphasen zu unterscheiden, vom **dritten** und **vierten Lebensalter**. Das dritte, das junge Alter, umfasst etwa die Jahre zwischen 60 und 75/80. Es ist bei vielen gekennzeichnet durch körperliche und geistige Funktionstüchtigkeit, durch Aktivitäten und Handlungsmöglichkeiten nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben. Zum Beispiel sind die heute 70-Jährigen körperlich und geistig genau so fit wie die 60-bis 65-Jährigen vor 30 Jahren.

Tatsache ist aber auch: Mit den Jahren jenseits von 80, d. h. mit dem Eintritt in das vierte Alter, nimmt die Krankheitsanfälligkeit und -häufigkeit, körperlich wie psychisch, zu. Behinderungen in der Alltagsbewältigung erschweren das normale Leben. Hilfe- und Pflegebedürftigkeit werden wahrscheinlicher. Altern, Krankheit und Behinderung überlagern sich. Es kommt zum Nachlassen geistiger Fähigkeiten, soziale Beziehungsnetze werden brüchiger, Verluste sind zu verkraften. Für manche Alte kann das Dasein so sehr zur Last werden, dass sie nicht mehr leben wollen. Der Umgang mit Belastungen, psychosomatische Beschwerden und das subjektive Wohlbefinden werden im Alter von biografischen Vorerfahrungen beeinflusst, die v. a. mit der Verarbeitung von belastenden, aber auch fördernden Ereignissen in früheren Lebensabschnitten zu tun haben. Das subjektive Erleben von Belastungen trägt stärker zu Altersbeschwerden bei als Einschätzungen des objektiven Belastungsgrads (Staudinger et al. 1996; Kruse u. Schmitt 2002).

- **Subjektive Verarbeitungskapazitäten im Zusammenhang mit Einflüssen der äußeren Lebenslage tragen in erheblichem Maße zu Lebensqualität und Wohlbefinden im hohen Alter bei.**

1.2 Lebensqualität und Wohlbefinden unter erschwerten Bedingungen

Zu den Leitbildern der gerontologischen Forschung, der praktischen Altenarbeit sowie der Sozial- und Gesundheitspolitik gehören die Förderung und Erhaltung von Lebensqualität und Wohlbefinden im Alter, auch und gerade unter erschwerten Bedingungen. Diese Konzepte,

einschließlich des Konzepts der Lebenszufriedenheit, werden in der Gerontologie gerne als Ausdruck des gelingenden Alterns verwendet.

Nach Baltes u. Baltes (1989) wird gelingendes Altern durch 5 Charakteristika genauer bestimmt:

- langes Leben,
- körperliche und seelische Gesundheit,
- psychosoziale Funktionstüchtigkeit (Kompetenz),
- Gefühle der Selbstwirksamkeit und
- Lebenszufriedenheit.

Die Grundvoraussetzung für gelingendes Altern ist nach diesem Konzept zwar ein hohes Alter, hinzu kommen müssen jedoch qualitative Merkmale, die dem langen Leben Inhalt und Sinn verleihen.

Lebensqualität gilt als übergreifende Kategorie, aus der sich **Wohlbefinden** und **Lebenszufriedenheit** ableiten lassen. Bei der Betrachtung von Lebensqualität müssen objektive Lebensbedingungen und subjektive Bewertungen dieser Lebensbedingungen ins Kalkül gezogen werden. Zu den objektiven Bedingungen zählen als Ressourcen v. a. die gesundheitliche Verfassung und körperliche Leistungsfähigkeit, die Einkommens- und Wohnsituation sowie die Qualität und Stabilität sozialer Netzwerke. Subjektive Faktoren spiegeln die individuelle Bedürfnis- und Zielstruktur sowie emotionale Aspekte wie Zufriedenheit mit dem bisherigen Leben, Hoffnungen, Erwartungen, aber auch Sorgen und Befürchtungen wider. Die Erhaltung von Lebensqualität auch unter den erschwerten Bedingungen des Alters ist somit von objektiver Seite wie von Seiten subjektiver Einflussnahme anzustreben. Objektiv gesehen muss z. B. bei Pflegebedürftigkeit eine qualifizierte und finanzierbare Pflegeinfrastruktur vorgehalten werden, aus subjektiver Sicht ist die Erhaltung bestmöglicher Selbstbestimmung unter den Bedingungen des Heimlebens anzustreben.

Subjektives Wohlbefinden schließt 2 Hauptfaktoren ein:

- einen emotionalen Faktor, der Aspekte wie das Vorhandensein positiver und als Gegenpol das geringe Auftreten negativer Gefühlszustände sowie längerfristige Glücksgefühle umfasst, und
- einen kognitiv-evaluativen Faktor mit den Aspekten der allgemeinen und bereichsspezifischen Lebenszufriedenheit (Mayring 1991).

Wohlbefinden stellt sich nicht ohne eigenes Zutun ein, sondern ist das Ergebnis aktiver Auseinandersetzung mit Anforderungen des Lebens, die im sehr hohen Alter immer beschwerlicher wird.

■ Studienergebnisse

In der Berliner Altersstudie (BASE) bei Hochbetagten wurde u. a. das subjektive Wohlbefinden der Teilnehmer untersucht (Smith et al. 1996). Über 60 % der Befragten waren mit ihrem gegenwärtigen, vergangenen und zukünftigen Leben zufrieden. Bei den Altersgruppen von 70 bis 100 Jahren nahm der Zufriedenheitsgrad allerdings ab. Im Großen und Ganzen trugen die soziodemografischen Indikatoren wenig zum Wohlbefinden bei. Viel einflussreicher waren die subjektiven Bewertungen einzelner Lebensbereiche, insbesondere des Gesundheitszustands.

Dieser Befund wird u. a. durch Ergebnisse des Alterssurveys für Deutschland bestätigt, das 1996, 2002 und 2008 bei repräsentativen Stichproben dreier Altersklassen durchgeführt wurde (Tesch-Römer2010). Die objektiven Indikatoren für Lebenszusammenhänge klären direkt nur

einen relativ geringen Anteil der Unterschiede in den Dimensionen des Wohlbefindens auf (Lebenszufriedenheit, positive emotionale Befindlichkeit, negative emotionale Befindlichkeit). Psychische Ressourcen wie Zuversichtlichkeit und Kontrollerleben sowie bereichsspezifische Bewertungen sind dagegen von größerem Gewicht bei der Aufklärung der Unterschiede im Wohlbefinden innerhalb der Altersgruppen. In dieser und anderen Studien erweisen sich der selbst eingeschätzte Gesundheitszustand und die Art und Qualität der Sozialbeziehungen als wichtige Faktoren für Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit im Alter.

Mehrere Untersuchungen liefern den Nachweis für das sog. **Zufriedenheitsparadox**. Obgleich objektive Verschlechterungen in der Lebenssituation alter Menschen nachzuweisen sind, bleibt das subjektive Wohlbefinden bis ins hohe Alter relativ stabil. (Smith et. al. 1996). Alte Menschen sind offenbar in der Lage, mit Hilfe psychischer Ressourcen und Einwirkungsmöglichkeiten ihr inneres Gleichgewicht und Selbstwertgefühl trotz sich verschlechternder äußerer Umstände lange stabil zu halten, zumindest so lange wie ihre Kapazitätsreserven, mit denen sie sich an Altersveränderungen anpassen, nicht erschöpft sind. Trotz ihrer Altersbeschwerden führen viele Menschen bis ins hohe Alter auf Grund ihrer psychischen Verarbeitungskapazitäten ein weitgehend selbstständiges Leben. Sie sind offenbar in der Lage, psychische und soziale Reserven zu mobilisieren, um körperlichen Abbau in Grenzen zu kompensieren.

➤ **Die häufig zu beobachtende positive Anpassungsleistung wird einer »psychischen Widerstandsfähigkeit« (Resilienz) zugeschrieben. Sie gilt als ein wichtiger Schutzfaktor im Umgang mit Altersveränderungen.**

Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit sind keine festen Größen, sondern immer nur in Relation zu dieser Anpassungsleistung zu sehen, die mit Zunahme von Altersbeschwerden und biologischem Abbau immer schwieriger zu erbringen ist. Das vierte Lebensalter stellt die Auseinandersetzung mit Altern und nahendem Lebensende auf eine harte Probe, nicht selten so hart, dass das Leben zur Last werden kann und krisenhaft erlebt wird.

1.3 Erklärungsansätze für Anpassung an Altersveränderungen

In der Entwicklungspsychologie gibt es zahlreiche Modelle, um Veränderungen über den Lebenslauf erklären zu können. Einige, die für den Altersprozess besonders relevant sind, werden kurz vorgestellt (s. auch Erlemeier 2011).

Krisen- und Wachstumsmodell Dieses Modell (Erikson 1973) unterscheidet 8 Hauptstadien des Lebenslaufs, die alle durch ihre phasentypischen Krisen zu charakterisieren sind. Das 8. Stadium der Entwicklung im hohen Alter ist durch den Konflikt zwischen Ich-Integrität und Verzweiflung charakterisiert. Zufriedenheit mit dem bisherigen Lebensverlauf in seinen vielfältigen biografischen Bezügen fördert Ich-Integrität; wird diese Integrität und positive Lebensbilanz nicht erreicht, droht Verzweiflung im Sinne von Trauer über das nicht Erreichte, drohen Vorwürfe gegen sich und andere und tiefe Selbstzweifel.

Modell der Entwicklungsaufgaben Nach Havighurst (1963) stellen sich Entwicklungsaufgaben zu einem bestimmten Zeitpunkt oder in einer Phase im Lebenslauf. Ihre Bewältigung trägt zur Zufriedenheit und zum Erfolg mit späteren Aufgaben bei, während Misserfolg zu Unzufriedenheit des Individuums, zu Anschuldigung der Gesellschaft und Schwierigkeiten mit späteren Aufgaben führt. Sie liefern einen Bezugsrahmen für persönliche Zielsetzungen

und Anstrengungen zur Zielerreichung in bestimmten Lebensabschnitten (Freund 2004), im Alter z. B. die Anpassung an die sich verschlechternde Gesundheit.

Modell der selektiven Optimierung mit Kompensation In der sozialen Gerontologie wird heute ein Modell favorisiert, das den Anpassungsprozess alter Menschen an zunehmende Verluste und Einschränkungen verständlich macht. Es nennt sich »Modell der selektiven Optimierung mit Kompensation« (kurz: S-O-K-Modell), wurde von Paul und Margret Baltes entwickelt und in zahlreichen Studien empirisch überprüft (Baltes u. Baltes 1989; Freund 2004). Gemeint ist die Strategie, sich bei zunehmenden Alterseinbußen auf wesentliche Lebensinhalte konzentrieren zu können (**Selektion**), in diese unter Einsatz vorhandener Ressourcen vermehrt zu investieren (**Optimierung**) und das Schwinden dieser Mittel, z. B. im körperlichen Bereich, durch andere oder zusätzliche Hilfsquellen zu kompensieren (**Kompensation**). Hinter diesem Modell wird das allgemein menschliche (psychoökonomische) Streben sichtbar, eine möglichst positive Lebensbilanz zu ziehen, d. h. Gewinne möglichst zu mehren und Verluste möglichst gering zu halten. Dieser Anpassungsprozess gestaltet sich im hohen Alter deshalb besonders schwierig, weil es gilt, zunehmend mehr Verluste hinzunehmen und so zu verarbeiten, dass das psychische Gleichgewicht dadurch nicht auf Dauer erschüttert wird.

- **Am stärksten bedroht sind Wohlbefinden und Lebenswille, wenn alte Menschen keine sozial-emotionale Unterstützung in tragenden Beziehungen mehr erfahren, sich verlassen fühlen und sich aufgeben.**

1.4 Altern in der Gesellschaft

1.4.1 Demografischer Wandel

Der **Strukturwandel des Alters** stellt den Einzelnen, künftige Generationen, Familie und Gesellschaft vor neue Herausforderungen und Aufgaben, die mit den herkömmlichen Lebenspraktiken und gesellschaftlichen Instrumentarien in vielen Bereichen, z. B. der Alterssicherung und Daseinsvorsorge, nicht mehr zu meistern sind. Zu rechnen ist mit einer starken Zunahme alter, besonders sehr alter Menschen und einer Abnahme des jüngeren Bevölkerungsanteils. Die Gesamtbevölkerung wird bis zum Jahr 2050 schrumpfen, stärker noch die Bevölkerung im Erwerbsalter. Die Gesamtbevölkerung wird um etwa 9 % zurückgehen, die Bevölkerung im Erwerbsalter voraussichtlich um etwa 20 %. Die Zahl der über 65-Jährigen und über 80-Jährigen wird um 54 % bzw. um 174 % zunehmen. Deren Bevölkerungsanteil wird dann knapp 30 % bzw. 12 % betragen. 2010 lag er bei rund 20 % bzw. 5 % (BMFSFJ 2006, S. 50 ff.). Auch der Altersquotient, ein weiterer Indikator für demografische Alterung, steigt in Zukunft stark an und zwar von 32,6 % in 2010 auf 54,5 % im Jahr 2050 (Kruse u. Wahl 2010, S. 30 ff.). Auf je zwei Bundesbürger im Erwerbsalter kommt dann statistisch ein Mitbürger von 65 und mehr Jahren. Hauptgründe für diese Entwicklung liegen im Anstieg der durchschnittlichen und fernerer Lebenserwartung, in der geringen Geburtenrate und in geringerem Maße im Zu- und Abwanderungsverhältnis in der Bevölkerung (Wanderungssaldo).

Infolge des demografischen Wandels ist abzusehen, dass immer weniger jüngere Personen in Arbeitsverhältnissen für immer mehr Personen, die es bereits verlassen haben, aufkommen müssen, wenn der Generationenvertrag nicht »aufgekündigt« werden soll. Ferner zeichnet sich ein Rückgang der Erwerbsbevölkerung ab, und damit kommt es langfristig zu einem Mangel an

qualifizierten jüngeren Arbeitskräften. Eine Verlängerung der Lebensarbeitszeit und Zusatzqualifizierung älterer Arbeitnehmer werden unausweichlich. Betrachtet man die Zunahme der Hochaltrigen, der über 80-Jährigen, so ist davon auszugehen, dass aufgrund körperlicher und psychischer Gebrechen der Behandlungs-, Hilfe- und Pflegebedarf deutlich zunehmen wird. Von den 2,3 Mio. Personen mit Pflegebedarf war 2008 mit Abstand der größte Teil 80 Jahre und älter (78,4 %). Dieser Anteil wird sich noch erhöhen (Kruse u. Wahl 2010, S. 36). Die historische Chance des demografischen Wandels liegt demgegenüber darin, dass immer mehr Menschen ein langes Leben bei relativ guter Gesundheit bis ins hohe Alter erwarten können, das es bewusst zu erleben und vorausschauend zu gestalten gilt. Ob das ohne Verpflichtungsdruck und Bindung an neue Verhaltensnormen geschehen kann, ist noch zu diskutieren. Das würde nur dazu führen, dass alte Menschen, die sich überfordert fühlen und nicht mithalten können, ausgegrenzt und als nicht mehr funktionstüchtig angesehen werden. Es käme zu neuen Formen der Altersdiskriminierung.

➤ **In der Anti-Aging- und Wellness-Propagierung zeigen sich starke Tendenzen, gesundes und glückliches Alter zum Maßstab und zur Norm zu erheben. Belastungen und Probleme des Alters werden als Ausdruck »falschen Verhaltens« personalisiert und dem Einzelnen zugeschrieben. Auswirkungen auf individuelle und gesellschaftliche Altersbilder sind abzusehen.**

1.4.2 Altersbilder

Der Begriff »Altersbilder« umfasst Meinungen, Überzeugungen und Urteile über vermeintlich typische Merkmale des Alters, Alterns und alter Menschen. Altersbilder haben mehrere Funktionen. Sie dienen als Deutungsmuster für Politik, Organisationen und Institutionen, beeinflussen die Interaktion zwischen Altersgruppen, den Umgang mit alten Menschen und wirken sich auf die Selbstwahrnehmung alter Menschen aus (BMFSFJ 2010). Von ihrer Funktion hängt es ab, wie einseitig oder differenziert sie ausfallen.

Kruse u. Schmitt (2006) untersuchten das Altersbild von Personen zwischen 45 und 75 Jahren. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass die Altersbilder keineswegs schwarz-weiß polarisiert sind. Einerseits war die überwiegende Mehrheit der Befragten der Meinung, im Alter sei die glücklichste Zeit des Lebens noch nicht vorüber, das Alter sei eine sehr schöne Lebensphase, ältere Menschen hätten mehr innere Ruhe als jüngere und würden viel aus ihrem Leben machen. Andererseits stimmte eine deutliche Mehrheit darin überein, dass ältere Menschen sich einsam fühlten, häufig deprimiert seien, viele den Anschluss an die heutige Zeit verloren und viele geistig abgebaut hätten. Günstiger fallen die Altersbewertungen bei bestimmten soziodemografischen Merkmalen wie z. B. bei einem höheren Berufsprestige und Einkommensniveau aus.

Altersbilder können bei älteren Menschen **individuelle Auswirkungen** haben auf

- subjektive Alterskonzepte und Selbstbild,
- sich selbst zugeschriebene Fähigkeiten und Verhalten,
- Interessen und Lebensstil,
- Gesundheitsverhalten,
- Beziehung zwischen den Generationen,
- Umgang mit Gleichaltrigen,
- Partizipation und Engagement,
- Innovationsbereitschaft.

Gesellschaftliche Auswirkungen von Altersbildern können sein:

- Betonung von Potenzialen, Ressourcenorientierung,
- Förderung und Unterstützung der Selbsthilfekräfte,
- Erhaltung weitgehender Selbstbestimmung,
- Aus- und Weiterbildung von Fachkräften und Ehrenamtlichen,
- Gesundheitswesen/Gesundheitsversorgung,
- Arbeitswelt/Übergang in den Ruhestand,
- ehrenamtliches Engagement,
- Kulturarbeit,
- Seniorenwirtschaft.

Einseitig negative, aber auch überzogen positive Altersbilder können sich normgebend auf Selbstwahrnehmung und Selbstvertrauen alter Menschen auswirken und im Zusammenspiel mit anderen Risikofaktoren zum Krisenerleben im Alter beitragen. Ihre Modifikation sollte ein wichtiger Ansatzpunkt v. a. für die primäre Suizidprävention sei. Damit sind allgemein gesellschaftlich-politische, sozial-strukturelle wie individuelle Anstrengungen gemeint, Lebensqualität und Wohlbefinden unter den erschwerten Bedingungen des hohen Alters möglichst zu fördern und aufrechtzuerhalten.

- **Unter dem Aspekt der primären Suizidprävention ist eine kritische Betrachtung einseitiger »Altersbilder« vonnöten.**

1.5 Altersveränderungen und Belastungen

1.5.1 Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten

Körperliche Veränderungen und Erkrankungen

Die Gesundheit ist eine wichtige Voraussetzung für Lebensqualität und Wohlbefinden. Ihre zentrale Bedeutung im Erleben und Verhalten von Menschen nimmt mit den Jahren immer mehr zu. Der Blick auf Gesundheit im Alter ist auf 3 Ebenen zu richten:

- Ebene des Körpers,
- Ebene der Aktivitäten,
- Ebene der sozialen Teilhabe.

Zu den »normalen« (physiologischen) Altersveränderungen gehören u. a. Zunahme des Körperfetts, Abnahme des Grundstoffwechsels, Verschlechterung der Sinnesfunktionen, des Bewegungsapparats und des Herz-Kreislauf-Systems, in psychischer Hinsicht z. B. das Nachlassen bestimmter Gedächtnisfunktionen.

Allgemeine Charakteristika des körperlichen Gesundheitszustandes alter Menschen sind **erhöhte Morbidität** (Krankheitshäufigkeit), **Multimorbidität** (Mehrfacherkrankung) und **chronische Verläufe** von Krankheiten. Von den über 70-jährigen Teilnehmern der Berliner Altersstudie litten 96 % mindestens unter einer Krankheit, 30 % sogar unter 5 und mehr Erkrankungen, am häufigsten unter solchen des kardio- und zerebrovaskulären Systems und des Bewegungsapparats. Letztere stehen auch bei den subjektiven Beschwerden im Vordergrund und sind oft mit chronischen Schmerzzuständen verbunden (Forstmeier u. Maercker 2008, S. 3 ff).

Nach Befunden des Deutschen Alterssurveys sind v. a. 4 chronische Erkrankungen verbreitet:

- Bluthochdruck,
- Arthrose,
- erhöhte Cholesterinwerte,
- Arthritis/Rheuma.

Ein deutlicher Anstieg mit dem Alter ist beim Bluthochdruck festzustellen (Wurm et al. 2010, S. 96). Chronische Erkrankungen führen im Alter auch am häufigsten zum Tode, darunter v. a. 2 Krankheitsgruppen: Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems und Krebserkrankungen. Bei den 60-bis 64-Jährigen sind es bösartige Neubildungen (Krebserkrankungen) unterschiedlicher Organsysteme, die an der Spitze der Todesursachen stehen. Im höheren Alter sind es Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, die am ehesten zum Tode führen. Sie verursachen 16–23 % aller Sterbefälle bei Männern über 60 Jahren, aber auch bei Frauen ab dem 70. Lebensjahr. Ab dem 80. Lebensjahr sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen in unterschiedlichen Formen für ca. die Hälfte aller Todesfälle verantwortlich (Menning 2006).

Es ist davon auszugehen, dass eine gute **funktionale Gesundheit** im Zusammenwirken mit günstigen Umweltbedingungen und Unterstützungssystemen wesentlich das Ausmaß von Selbstständigkeit in der Lebensführung bestimmt. Gravierende Einschränkungen dagegen engen Entscheidungs- und Handlungsräume ein und führen beim Fortschreiten zu Hilfe- und Pflegebedürftigkeit. Funktionale gesundheitliche Einschränkungen sind mit zunehmendem Alter bei allen Menschen, bei Frauen mit Ausnahme der höchsten Altersgruppe jedoch stärker zu beobachten. Zu den funktionalen Problemen gehören v. a. auch Einschränkungen des Sehens und Hörens. Sensorische Schwierigkeiten können das Alltagsleben und die Kommunikation mit anderen sehr erschweren und zu Isolation und Vereinsamung beitragen. Nachteilig auf Alltagsverrichtungen und Teilhabe am Leben wirken sich auch Mobilitätsdefizite aus. Ältere Frauen sind stärker als Männer von solchen Einbußen betroffen. Nach den Daten des Alterssurveys haben v. a. Befragte über 75 Jahre einen erhöhten Bedarf an Hilfsmittel zur Verbesserung ihrer Mobilität, z. B. beim Steigen mehrerer Treppenabsätze und beim Überqueren von Straßenkreuzungen. Nach neueren Daten des Alterssurveys (DEAS) ist über die Hälfte der 70- bis 85-Jährigen nicht mehr in der Lage, sich problemlos zu beugen, zu bücken oder niederzuknien (BMFSFJ 2010).

- **Um die Belastungsseite des Krankheitserlebens alter Menschen besser verstehen zu können, muss der Gesundheitsbegriff um seine Funktion bei der Bewältigung von Alltagsanforderungen erweitert werden.**

■ Testinstrumente

Einschränkungen, gemessen mit dem Instrument der **ADL (Activities of Daily Living)** bzw. mit dem der **IADL (Instrumental Activities of Daily Living)**, weisen auf einen fortschreitenden Grad an Hilfebedürftigkeit hin, der jedoch erst mit dem 80. Lebensjahr sprunghaft ansteigt. Bei Männern wie Frauen handelt es sich v. a. um Hilfen bei den Basisverrichtungen Anziehen, Baden/Duschen oder Essen. Bei den IADL, die im Unterschied zu den ADL der körperlichen Selbstversorgung auch Einkaufen, Zubereiten von Mahlzeiten, Haushaltsreinigung und Wäschewaschen einschließen, zeigen sich noch stärkere Einbußen bei den über 80-Jährigen als bei den ADL (Menning 2006).

Psychische Veränderungen und Erkrankungen

■ »Normale« psychische Altersveränderungen

Die **kognitive Plastizität** bleibt bei geistig gesunden älteren Erwachsenen bis ins hohe Alter hinein erhalten. Die Fähigkeit zur Aufnahme neuer (abstrakter) Informationen erfährt eher Einbußen als die Fähigkeit zur Nutzung von bewährtem Erfahrungswissen. Grundlegende kognitive Fähigkeiten (z. B. Wortflüssigkeit) werden durch Training und Übung kaum verbessert, wohl aber aufgaben- und kontextspezifische Fertigkeiten (z. B. Lerntechniken). Altersunterschiede zwischen jungen und älteren Erwachsenen nehmen an den Leistungsobergrenzen zu. Die Koordination mehrerer Wahrnehmungs- und Handlungsweisen ist für ältere Erwachsene besonders schwierig (z. B. im Straßenverkehr). Bei Übungen und Training sollte denjenigen Fertigkeiten der Vorrang gegeben werden, die ältere Menschen zur kompetenten Bewältigung der Alltagsanforderungen tatsächlich benötigen (Lindenberger 2000, S. 83 ff).

Persönlichkeitsveränderungen betreffen v. a. die Auseinandersetzung mit Altersveränderungen und Belastungen in ihren Auswirkungen auf Selbsterleben und Selbstwertgefühl. Zentrale Lebensthemen sind das Streben nach Autonomie und Verbundenheit, Ziel ist die Stärkung und Erhaltung individueller Selbstregulationsfähigkeit. Mit zunehmendem Alter wächst der Einfluss von unkontrollierbaren Faktoren auf die persönliche Entwicklung, und es kommt zu einer Gefährdung der Selbstregulationsfähigkeit. Selbstkonzept und Selbstwertgefühl können destabilisiert werden mit dem Effekt, dass innere Widersprüche überhandnehmen, Sinnzusammenhänge bröckeln, übergreifende Lebenspläne und Überzeugungen als identitätsstiftendes Agens fraglich werden. Ein Hauptgrund für Identitäts- und Selbstwertprobleme besteht in der Diskrepanz zwischen dem »Ideal-Selbst« einer Person und ihrem »Real-Selbst«, die schwer aufzulösen ist, wenn Selbstentwürfe und Idealvorstellungen nicht modifiziert werden können.

■ Psychische Störungen im Alter

Rund ein Viertel der 65-Jährigen und Älteren leidet an einer psychischen Störung. Dieses Ausmaß ist ähnlich dem in jungen und mittleren Erwachsenenengruppen (Weyerer u. Bickel 2007).

An erster Stelle stehen **affektive Störungen**, besonders **Depressionen**. Fasst man alle Schweregrade der Depression zusammen, so ergeben sich Werte, die bei rund 10 % in der Altenbevölkerung liegen. Im Alter kommt es zu einer Abnahme der schweren Depression und zu einer Zunahme subdiagnostischer depressiver Störungen und Verstimmungen. Letztere sind im Alter häufiger mit somatischen Beschwerden und Erkrankungen assoziiert. Vor allem sind es chronische Leiden und Schmerzzustände sowie Einschränkungen der alltäglichen Verrichtungen, die mit depressiven Störungen und Angstsymptomen einhergehen. Außerdem ist der Einfluss zwischen körperlichen Erkrankungen und depressiven Störungen im Alter oft wechselseitig (Forstmeier u. Maercker 2008). Das Erkrankungsrisiko für Depression erhöht sich, wenn sich kritische Lebensereignisse und nagende Alltagsorgen (daily hassles) im Laufe der Zeit häufen.

Kritische Lebensereignisse im Alter

- Verwitung und Scheidung
- Frühe Stadien einer Demenzerkrankung
- Akute oder chronische (schmerzhafte) Leiden
- Einbußen an Alltagskompetenz
- Verlusterfahrungen
- Ökonomische Schlechtstellung
- Belastende soziale Beziehungen und Einsamkeit

Zum Themenkomplex von Depression und Suizidalität im hohen Alter legten Wolfersdorf et al. (2001, S. 145 ff) Befunde vor. Diesen zufolge weisen Depressionen im Alter besondere psychopathologische Akzentuierungen auf. So bleibt die depressive Herabgestimmtheit als Erstarrtheit, Gefühl- und Freudlosigkeit mit Blick auf die eigene Altersmisere eher im Hintergrund. Es besteht die »Neigung zu ängstlicher Klagsamkeit«, häufig auch als »körperbezogene Klagen«, zu »Befindlichkeitsstörungen« und vermehrt zu direkt oder indirekt selbstdestruktiven Verhaltensweisen wie Formen der »Lebensverweigerung« und des »stillen Suizids«. Es kommt auch zur Vermischung von Depressionen mit demenzieller Symptomatik und zu Pseudodemenz.

➤ **Die Diagnose einer Depression im hohen Alter ist erschwert durch ein eigenes psychopathologisches Bild und häufige Vermischung mit einer demenziellen Symptomatik.**

Ein primäres Ziel von Suizidprävention im Alter ist die adäquate Diagnose und Behandlung depressiver Störungen und ihrer Begleitsymptome mit medikamentösen, psychotherapeutischen und psychosozialen Methoden.

Unter den psychischen Erkrankungen im Alter gewinnen im hohen und höchsten Alter **Demenzerkrankungen** eine immer stärkere Ausbreitung (Zank et al. 2010).

1.5.2 Soziale Beziehungen und Teilhabe

Tragfähige soziale Beziehungen, die Belastungen im Alter abfedern können und sozial unterstützend wirken, sind ein wichtiger Pfeiler für Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit im Alter. Ist diese Einbindung in ein Netzwerk sozialer Beziehungen inner- und außerhalb von Partnerschaft und Familie brüchig geworden, gestört oder gar nicht mehr vorhanden, fehlt ein zentrales Element für die Bewältigung von Altersproblemen, die mit den Jahren immer gravierender werden.

■ Studienergebnisse

Über **soziale Netzwerke** im Alter ist viel geforscht worden. Das soziale Netzwerk im Alter reduziert sich zwar von der Personenzahl her, es bleibt jedoch relativ stabil im Ausmaß vertrauter Beziehungen, insbesondere im familialen Bereich (Huxhold et al. 2010, S. 220 ff)). Bekannt ist, dass Beziehungen zu Familienangehörigen, in Partnerschaften und zu engen Freunden mit dem Alter immer zentraler werden. Auch die emotionale Qualität und Bedeutung von sozialen Beziehungen werden mit zunehmendem Alter immer wichtiger. Kontakte, die unbedeutend, anstrengend oder gar lästig erlebt werden, werden immer mehr eingeschränkt oder fallen weg (Lang 2004). Die häufigsten Kontakte im sozialen Netzwerk erfolgen bei denen in Elternschaft erwartungsgemäß zu den Kindern. Die Anzahl der Freunde vermindert sich mit steigendem Alter (Huxhold et al. 2010).

Einsamkeitsgefühle nehmen mit dem Alter zu, werden jedoch nicht so sehr durch quantitative Netzwerkmerkmale wie Anzahl der Kontaktpartner ausgelöst, sondern durch qualitative Eigenschaften wie Mangel an vertraulichen Gesprächen und emotionalem Austausch (Pinquard 1996). Fehlen vertrauensvolle Beziehungen, sind sie brüchig oder konfliktlastig geworden, kann sich das zusammen mit anderen Belastungen zu einer Krise im Alter ausweiten. Für die Suizidprävention im Alter ist von Bedeutung, dass alte Menschen in Krisen, wenn möglich, auf Hilfen aus dem **innerfamiliaren Netzwerk** vertrauen und erst dann andere Ressourcen in Anspruch nehmen, wenn familiäre Hilfen nicht erwartet oder nicht gewünscht werden. Potenzielle Unterstützungspersonen rekrutieren sich an erster Stelle aus der Familie und der

Verwandtschaft. Dann erst folgen Freunde, Nachbarn oder bezahlte Helfer als Unterstützungspersonen (Erlemeier 2011).

Diejenigen alten Menschen, die diese sozialen Austauschbeziehungen vermissen, sozial isoliert sind und sich verlassen fühlen, stehen im Kontext anderer Belastungsfaktoren unter einem erhöhten Risiko, das Leben nicht mehr lebenswert zu finden.

➤ **In der Entwicklung von Depression und Suizidalität im Alter haben psychosoziale Faktoren eine nicht zu unterschätzende Bedeutung (Kruse 1997).**

Es sind aber nicht so sehr die äußeren Merkmale wie Kontaktdichte und -häufigkeit die entscheidenden Einflussfaktoren, sondern viel stärker Gefühle der Ausgeschlossenheit, konflikt-hafte Beziehungen und interpersonale Probleme, die schon lange währen. Es hängt stark davon ab, ob sich Kontaktdefizite in der subjektiven Bewertung selbstwertgefährdend zuspitzen und als Verlust lebensnotwendiger sozialer Ressourcen erlebt werden.

1.5.3 Risiken im Alternsprozess

Es sind bestimmte erschwerende Lebensumstände, die Alter so unerträglich machen können, dass alte Menschen sich aufgeben, nicht mehr leben wollen und sich in äußerster Hoffungslosigkeit das Leben nehmen. Dazu gehören:

- Verlust an Vitalität, Kompetenz, sozialer Einflussnahme und Anerkennung,
- Einschränkung von Autonomie und Selbstbestimmung über Körper, soziale Umwelt und Zukunft,
- Ängste, dass Gebrechen und Krankheiten überhand nehmen, zur Pein werden,
- das Gefühl, dass das Leben einem übel mitgespielt hat,
- Nachwirkungen von psychischen Verletzungen und Kränkungen,
- Beziehungsprobleme im Alter mit der Gefahr von Isolierung und innerer Vereinsamung,
- Probleme der Akzeptanz des eigenen Alterns, der Endlichkeit und des Sterbens,
- quälende existenzielle Fragen nach Lebenssinn und Wert des Weiterlebens,
- kritische Lebensereignisse, mit denen man nicht fertig wird.

Zu den kritischen Lebensereignissen gehören eine schwere Erkrankung mit schlechten Heilungsaussichten, der Verlust eines geliebten Angehörigen oder die Aufgabe der eigenen Wohnung, weil die Versorgung nicht mehr sichergestellt werden kann. Eine krisenhafte Entwicklung spitzt sich zu, wenn es in einer stark belastenden Lebenssituation nicht mehr gelingt, sie mit eigenen Mitteln, d. h. mit Bewältigungsressourcen, die sich in der Vergangenheit bewährt haben, zum Besseren zu wenden. Das psychische Gleichgewicht zwischen Bewältigungskapazitäten und Handlungsanforderungen ist gestört. Bezogen auf das hohe Alter kann sowohl von Lebensveränderungskrisen als auch von traumatischen Krisen gesprochen werden (Sonneck 2000). Kritische Übergänge wie das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben oder der Umzug in ein Pflegeheim können als Lebensveränderungskrisen, eine akute Erkrankung oder der plötzliche Partnerverlust als traumatische Krise erlebt werden.

Den meisten Menschen gelingt es bis ins hohe Alter, mit ihren Ressourcen und mit sozialer Unterstützung Krisen zu bestehen und daran nicht zu zerbrechen. Sind diese personalen und sozialen Ressourcen jedoch so geschwächt, dass die Probleme, die in die Krise geführt haben, selbst nicht gelöst werden können, ist äußere Hilfe angezeigt. Gefühle der Überforderung, Nie-

dergedrücktheit, Verlassenheit und Hoffnungslosigkeit bis hin zu suizidalen Gedanken lassen subjektiv keinen Ausweg aus der Krise mehr zu. Kontakte mit Gesprächspartnern, die zuhören und die Problematik verstehen, schaffen Entlastung und zeigen Möglichkeiten auf, wie eine Verschärfung der Krise verhütet werden kann.

1.6 Aspekte der Suizidprävention im Alter

1.6.1 Angebote von Krisen- und Lebenshilfen

Hilfen in Lebenskrisen, in denen von Betroffenen kein Ausweg mehr gesehen wird, gehören in den Zuständigkeitsbereich der **Krisenintervention**, im weiteren Sinne der Suizidprävention. Diese umfasst Maßnahmen zur Linderung akuter psychischer Beschwerden und Leidenszustände sowie zur Verhütung ihrer sozialen und psychischen Folgen und Risiken. Das Ziel der Krisenintervention ist nach Sonneck (2000, S. 62) »die Unterstützung der eigenen Fähigkeiten des Betroffenen und seiner Umgebung, sich selber zu helfen«, sowie die Ermutigung durch einfühlendes Verstehen des Helfers, auch belastende Gefühle wie Enttäuschung, Schmerz, Wut, Aggression und Trauer zuzulassen und auszusprechen. Krisenintervention ist dann angezeigt, wenn es um akute, sich zuspitzende, nicht selten suizidal aufgeladene Krisen geht. Chronische und tief liegende Persönlichkeitsprobleme gehören dagegen in den Bereich **psychotherapeutischer Behandlung** (Peters 2006).

Einrichtungen der Krisenintervention sind notwendig, um gerade jene Menschen, die sich in akuten Lebenskrisen überfordert fühlen, möglichst in ihrem sozialen Umfeld zu erreichen, sie zu entlasten und gemeinsam mit ihnen nach Lösungswegen aus der Krise zu suchen. Krisenhilfe soll suizidalen Entwicklungen und Zuspitzungen, die immer ein Zeichen von Hoffnungslosigkeit und extremer Einengung sind, zuvorzukommen. Die Angebote der Krisen- und Lebenshilfe reichen häufig nicht weit genug, um Menschen in Lebenskrisen in ihrem konkreten Lebensumfeld zu erreichen. Dieses Zugangsproblem trifft besonders auf alte Menschen zu, die Krisenhilfeeinrichtungen relativ selten aufsuchen, obwohl sie besonders suizidgefährdet sind (Schneider et al. 2011). Das hängt auch damit zusammen, dass nach wie vor dieses Problem in der Öffentlichkeit unterschätzt wird. Gründe dafür sind die folgenden:

- Der Suizid ist im Vergleich zu anderen Todesursachen (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen) eine seltene Todesursache und findet deshalb weniger Beachtung. Ausnahmen sind spektakuläre Suizidfälle (z. B. Hannelore Kohl, Gunter Sachs).
- In Gesundheitspolitik Altersmedizin und Pflege dominieren andere Altersprobleme, Behandlungs- und Versorgungsfragen (z. B. Umgang mit Demenzkranken, Sicherung qualifizierter Pflege, Multimorbidität)
- Auswirkungen überzogener negativer wie positiver Altersbilder, die einseitig Alter und Altern in düsteren Farben zeichnen oder »gegen die Natur« wegretuschieren oder gar abschaffen wollen. In beiden Fällen bestehen Probleme, sich mit dem Altern realistisch auseinanderzusetzen.
- Mangelnde Informationen, generationsspezifische Hinderungsgründe und Schwierigkeiten der Ansprechbarkeit auf Seiten alter Menschen führen dazu, dass ambulante Krisenhilfeeinrichtungen und niedergelassene Psychotherapeuten nur in geringem Maße aufgesucht werden.

1.6.2 Status quo und neue Herausforderungen

Trotz dieses nach wie vor bestehenden Missverhältnisses nimmt die Anzahl der Suizide Älterer in den letzten Jahren nicht stark zu. Es muss in den letzten Jahrzehnten ein Wandel in der Einstellung zum Suizid (im Sinne der Enttabuisierung), ein sachlicherer Umgang mit dem Suizidthema in Medien, eine bessere Aufklärung und Schulung in Fachkreisen, eine Intensivierung der Suizidprävention, eine Verbesserung der Lebenslage alter Menschen insgesamt und speziell der Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen im Alter (Psychiatrieambulanz und Gerontopsychiatrie) erfolgt sein. All diese und andere Veränderungen können zur Entschärfung der suizidalen Problematik auf gesamtgesellschaftlicher Ebene beigetragen haben. Das heißt aber nicht, dass im Einzelfall jeder Suizid nicht nur ein Schlaglicht wirft auf individuell tiefgreifende Lebensprobleme, sondern auch auf ökonomische und sozial-strukturelle Schwachpunkte in der Gesellschaft, unter denen Menschen zusätzlich leiden.

- **Für zukünftige Altersgenerationen zeichnen sich bereits neue Anforderungen an ihre Belastbarkeit und Bewältigungskompetenz ab, die die ökonomische Sicherung im Alter betreffen, die mit dem Wandel der Lebens- und Solidarformen zusammenhängen und Fragen nach neuen Unterstützungs- und Versorgungsstrukturen bis ins höchste Alter nach sich ziehen.**

»Die Lebensformen im Alter werden bunter, teilweise aber auch fragiler« (Engstler u. Tesch-Römer 2010, S. 163). Reichen die Widerstandskräfte und Ressourcen im Alter aus, um diesen neuen Herausforderungen zu begegnen oder müssen neue entwickelt werden?

1.7 Altern im Spannungsfeld von Gewinnen und Verlusten – Ein Fazit

Potenziale des Alters stehen in der gegenwärtigen Sozial- und Gesellschaftspolitik hoch im Kurs. »Alter ist ein Aktivposten«, »Alter ist Motor für Innovation«, heißt es von Seiten der Politiker. Ihr hoher Kurswert ist zu verstehen vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, der in ökonomischer Verkürzung als Zerreißprobe für die Sozialsysteme und den Generationenvertrag wahrgenommen wird und Zukunftsängste schürt. Als Gegenpol zu Szenarien der »Alterslast« und »Vergreisung der Gesellschaft« werden die Potenziale einer alternden Gesellschaft, in der ihre Alten häufig ausgegliedert und funktionslos werden, geradezu beschworen. Ihre Überbetonung wiederum birgt die Gefahr, das »belastete Alter« auszublenden (BMFSFJ 2006).

Protektive Formen (Potenziale) des Alters sind

- Fähigkeiten wie Erfahrungswissen und Expertise in Lebensfragen, die als Kriterien für »Weisheit« eingeführt wurden,
- ein hoher Grad an Selbsthilfefähigkeit (Alltagskompetenz),
- Formen des intergenerativen Austausches,
- konstruktive Bewältigungsstile im Umgang mit Belastungen,
- psychische Widerstandsfähigkeit als eine Bedingung gelungener Anpassung.

Der Gesundheitszustand nimmt in der Selbstwahrnehmung einen hohen Rang ein. Er hat sich in den letzten Jahrzehnten durchschnittlich verbessert. Ältere von heute berichten weniger Erkrankungen als Ältere, die vor Jahren befragt wurden. Die gewonnenen Jahre sind auch gesündere Jahre geworden. Die heute 70-Jährigen sind in ihrem Gesundheitszustand mit den 65-Jährigen von vor 3 Jahrzehnten zu vergleichen (Kruse u. Wahl 2010). Langlebigkeit be-

deutet für die meisten heute Zunahme gesünderer Lebenszeit, verbunden allerdings mit dem Risiko für Krankheitsanfälligkeit und Behandlungsbedarf im höchsten, dem vierten Lebensalter. Über 75-Jährige nennen häufiger schwere Krankheiten und Funktionseinbußen bei der Bewältigung des Alltags als Jüngere. Das Risiko, pflegebedürftig zu werden, steigt ebenfalls an (Schneekloth 2006; Wurm u. Tesch-Römer 2006).

Empirische Befunde sprechen für ein erhebliches Ausmaß an Potenzialen besonders der »jungen Alten« (drittes Lebensalter) in verschiedenen Lebensbereichen wie Bildung, Freizeit und Engagement, die ihnen selbst oder der Gemeinschaft zugutekommen. Anders sieht es dagegen bei den »alten Alten« (viertes Lebensalter) aus. Die Waage neigt sich zur Seite der Belastungen und Verluste, die oft schwer zu verarbeiten sind. Die eigenen Kapazitäten, die zur Bewältigung von Problemen notwendig sind, reichen bei manchen nicht mehr aus, um aus ihrem Lebenstief herauszukommen. Worauf es dann ankommt, ist die Verfügbarkeit von Ressourcen und Kompetenzen auf der Helferseite (Montada 1998).

➤ **Persönliche Ressourcen sind nur wirksam im Wechselspiel mit anregenden und fördernden Umweltbedingungen. Dieser Interaktionsprozess ist Agens der lebenslangen Entwicklung.**

Förderer dieser Entwicklung sind:

- Bildung und lebenslanges Lernen,
- körperlich-seelische Gesundheit,
- materielle Absicherung,
- sozial-emotionale Unterstützung und
- bestimmte Persönlichkeitsmerkmale wie:
 - Offenheit für neue Erfahrungen,
 - Selbstkongruenz,
 - Selbstwirksamkeit.

Entwicklung bedarf der Abstimmung von persönlichen Zielen und Fähigkeiten mit fördernden Anreizen und Umweltbedingungen (Staudinger u. Baumert 2007). Im weitesten Sinne sind das Aspekte einer **allgemeinen Geroprophylaxe**, die bereits früh in der Lebensführung Gestalt annehmen sollte. Oberstes Ziel der Altersprävention ist die weitgehende Erhaltung von Lebensqualität und Wohlbefinden unter den erschwerten Bedingungen des Alters.

Wenn Potenziale des Alters gefördert werden sollen, gelingt das nur, wenn nicht nur fachliche Kompetenzen, sondern auch kreative Fähigkeiten im Umgang mit der biografischen Vielfalt alter Menschen und mit künftigen Herausforderungen im demografischen Wandel bei den Helfern vorhanden sind. Zu diesen kreativen Aufgaben gehören:

- ein differenziertes Altersbild kommunizieren und umsetzen,
- sinnstiftende Rollen und Betätigungsfelder mit Älteren finden und ausbauen,
- in frühzeitige Prävention und Gesundheitsförderung investieren,
- Eigeninitiative und Selbstorganisation Älterer stärken,
- Potenziale Älterer wahrnehmen, fördern und gemeinschaftlich nutzen,
- Menschen in Krisen unterstützen und gemeinsam Auswege aus der Krise suchen.

Insgesamt geht es um ein modifiziertes Verständnis von Altern und Alter, bei dem nicht zu sehr die Schattenseiten und Defizite betont werden, sondern das Augenmerk stärker auf Kompetenzen und Ressourcen gerichtet wird, die alte Menschen trotz der erschwerten Bedingungen in die Gestaltung des Alternsprozesses einbringen können. Die Umwelt mit ihren Unterstützungsmöglichkeiten kann dazu einen wichtigen Beitrag leisten.

Literatur

- Baltes PB (2007) Alter(n) als Balanceakt. Im Schnittpunkt von Forschung und Würde. In: Guss P (Hrsg) Die Zukunft des Alterns. Die Antwort der Wissenschaft. Beck, München, S 15–34
- Baltes PB, Baltes M (1989) Erfolgreiches Altern: mehr Jahre und mehr Leben. *Z Gerontol Psychol Psychiat* 2:5–10
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2006) Fünfter Altenbericht – Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft – Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen. Berlin. Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft, Köln
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2010): Sechster Altenbericht – Altersbilder in der Gesellschaft. Berlin. Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft, Köln
- Engstler H, Tesch-Römer C (2010) Lebensformen und Partnerschaft. In: Motel-Klingebiel A, Wurm S, Tesch-Römer C (Hrsg) Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Kohlhammer, Stuttgart, S 163–187
- Erikson EH (1973) Wachstum und Krisen der gesunden Persönlichkeit. In: Erikson EH (Hrsg) Identität und Lebenszyklus. Suhrkamp, Frankfurt, S 55–122
- Erlemeier N (2011) Suizidalität und Suizidprävention im höheren Lebensalter. Kohlhammer, Stuttgart
- Forstmeier S, Maercker A (2008) Probleme des Alterns. Hogrefe, Göttingen
- Freund AM (2004) Entwicklungsaufgaben. In: Kruse A, Martin M (Hrsg) Enzyklopädie der Gerontologie. Huber, Bern, S 304–313
- Havighurst RJ (1963) Dominant concerns in the life cycle. In: Schenk-Danzinger L, Thomae H (Hrsg) Gegenwartsprobleme der Entwicklungspsychologie. Hogrefe, Göttingen, S 27–37
- Huxhold O, Mahne K, Naumann D (2010) Soziale Integration. In: Motel-Klingebiel A, Sturm S, Tesch-Römer C (Hrsg) Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Kohlhammer, Stuttgart, S 215–231
- Kruse A (1997). Psychosoziale Einflussfaktoren depressiver Symptome im Alter. In: Radebold H et al (Hrsg) Depressionen im Alter. Steinkopff, Darmstadt, S 18–32
- Kruse A, Schmitt E (2002) Entwicklung der Persönlichkeit im Lebenslauf – die Analyse von Entwicklung aus einer aufgaben-, konflikt- und daseinsthematischen Perspektive. In: Jüttemann G, Thomae H. (Hrsg) Persönlichkeit und Entwicklung. Beltz, Weinheim, S 122–156
- Kruse A, Schmitt E (2006) Zur Veränderung des Altersbildes in Deutschland. *Aus Politik und Zeitgeschehen* 49/50:9–17
- Kruse A, Wahl HW (2010) Zukunft Altern. Individuelle und gesellschaftliche Weichenstellungen. Springer, Heidelberg
- Lang FR (2004) Soziale Einbindung und Generativität im Alter. In: Kruse A, Martin M (Hrsg) Enzyklopädie der Gerontologie. Huber, Bern, S 362–372
- Lehr U (2000) Psychologie des Alterns, 9. Aufl. Quelle & Meyer, Heidelberg
- Lindenberger U (2000) Anwendungsorientierte Interpretation zentraler Befunde kognitiver Forschung. In: Wahl HW, Tesch-Römer C (Hrsg) Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen. Kohlhammer, Stuttgart, S 83–89
- Mayring P (1991) Die Erfassung subjektiven Wohlbefindens. In: Abele A, Becker P (Hrsg) Wohlbefinden. Beltz, Weinheim, S 51–70
- Menning S (2006) Gesundheitszustand und gesundheitliches Verhalten Älterer. Deutsches Zentrum für Altersfragen. Report Altersdaten GeroStat. Berlin
- Montada L (1998) Machen Gebrechlichkeit und chronische Krankheit produktives Altern möglich? In: Baltes MM, Montada L (Hrsg) Produktives Leben im Alter. Campus, Frankfurt, S 382–392
- Peters M (2006) Psychosoziale Beratung und Psychotherapie im Alter. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Pinquart (1996) Die Auseinandersetzung mit Kontakteinschränkungen im Alter. *ZEPP* 28:54–66
- Rosenmayr L (1990) Die Kräfte des Alters. Edition Atelier, Wien
- Rosenmayr L (1996) »Vor Greisengrau stehe auf«. Alte Menschen im Spiegel der Geschichte und Kulturen. In: Naegele G, Niederfranke A (Hrsg) Funkkolleg Altern. Studienbrief 1, Studieneinheit 2. Deutsches Institut für Fernstudien Universität Tübingen, S 2/1–56
- Schneekloth U (2006) Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung – Trends und Entwicklungen in der Betreuung und Versorgung von Pflegebedürftigen in Privathaushalten. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit* 37:20–31
- Schneider B, Sperling U, Wedler H, AG Alte Menschen (2011) Suizidprävention im Alter – Folien und Erläuterungen für Aus-, Fort- und Weiterbildung. Mabuse, Frankfurt/M
- Smith J et al (1996) Wohlbefinden im Alter: Vorhersagen aufgrund objektiver Lebensbedingungen und subjektiver Bewertungen. In: Mayer KU, Baltes PB (Hrsg) Die Berliner Altersstudie. Akademie, Berlin, S 497–524

- Sonneck G (2000) Krisenintervention und Suizidverhütung. Facultas, Wien
- Staudinger U, Baumert J (2007) Bildung und Lernen jenseits der 50: Plastizität und Realität. In: Gruss P (Hrsg) Die Zukunft des Alterns. Beck, München, S 240–257
- Staudinger U et al (1996) Selbst, Persönlichkeit und Lebensgestaltung im Alter: Psychologische Widerstandsfähigkeit und Vulnerabilität. In: Mayer KU, Baltes PB (Hrsg) Die Berliner Altersstudie. Akademie, Berlin, S 321–350
- Tesch-Römer C, Wiest M, Wurm S (2010) Subjektives Wohlbefinden. In: Motel-Klingebiel A, Wurm S, Tesch-Römer C (Hrsg) Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurvey (DEAS). Kohlhammer, Stuttgart, S 263–283
- Wahl HW, Heyl V (2004) Gerontologie – Einführung und Geschichte. Kohlhammer, Stuttgart
- Weyerer S, Bickel H (2007) Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. Kohlhammer, Stuttgart
- Wolfersdorf M et al (2001) Depression und Suizid im höheren Lebensalter. Suizidprophylaxe 28:143–157
- Wurm S, Tesch-Römer C (2006) Gesundheit, Hilfebedarf und Versorgung. In: Tesch-Römer C, Engstler H, Wurm S (Hrsg) Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 329–384
- Wurm S, Schöllgen I, Tesch-Römer C (2010) Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Kohlhammer, Stuttgart, S 90–117
- Zank S, Peters M, Wilz G (2010) Klinische Psychologie und Psychotherapie des Alters. Kohlhammer, Stuttgart

Epidemiologie

Sylvia Schaller, Norbert Erlemeier

2.1 Allgemeine Daten – 22

2.1.1 Besonderheiten der Erfassung suizidaler Handlungen alter Menschen – 22

2.1.2 Häufigkeit suizidaler Handlungen – 22

2.2 Soziale Bedingungen – 26

2.2.1 Auswirkungen des sozialen Wandels – 26

2.2.2 Soziale Bedingungen im Alter – 27

2.2.3 Zusammenfassung und Fazit – 32

Literatur – 32

2.1 Allgemeine Daten

In vielen Ländern wird ein hoher Prozentsatz der Suizide von alten Menschen begangen. Das Alter wird daher auch zu den Risikofaktoren für suizidales Verhalten gezählt.

2.1.1 Besonderheiten der Erfassung suizidaler Handlungen alter Menschen

Bei der Erfassung und Bewertung der Suizidalität alter Menschen sind jedoch einige Besonderheiten zu beachten. Schwer zu erfassen sind z. B. **indirekte suizidale Handlungen**, beispielsweise Risikoverhalten oder Unterlassungshandlungen wie das Nichtbefolgen ärztlicher Maßnahmen, Über- oder Unterdosierungen von Medikamenten und das Einstellen der Nahrungszufuhr oder des Trinkens mit der Absicht zu sterben (Wedler et al. 1995). Solche indirekten Suizidhandlungen sollen relativ häufig in stationären Altenhilfeeinrichtungen vorkommen (Erlemeier 2006); dadurch wird aber die Häufigkeit und Bedeutung von Suiziden im Alter unterschätzt. Die Suizidraten im Alter werden auch durch Besonderheiten der Dokumentation der Todesursache unterschätzt, da häufig nicht die suizidale Handlung selbst als Todesursache angegeben wird, sondern z. B. prämorbidie Erkrankungen oder durch den Suizidversuch verursachte nachfolgende Krankheiten.

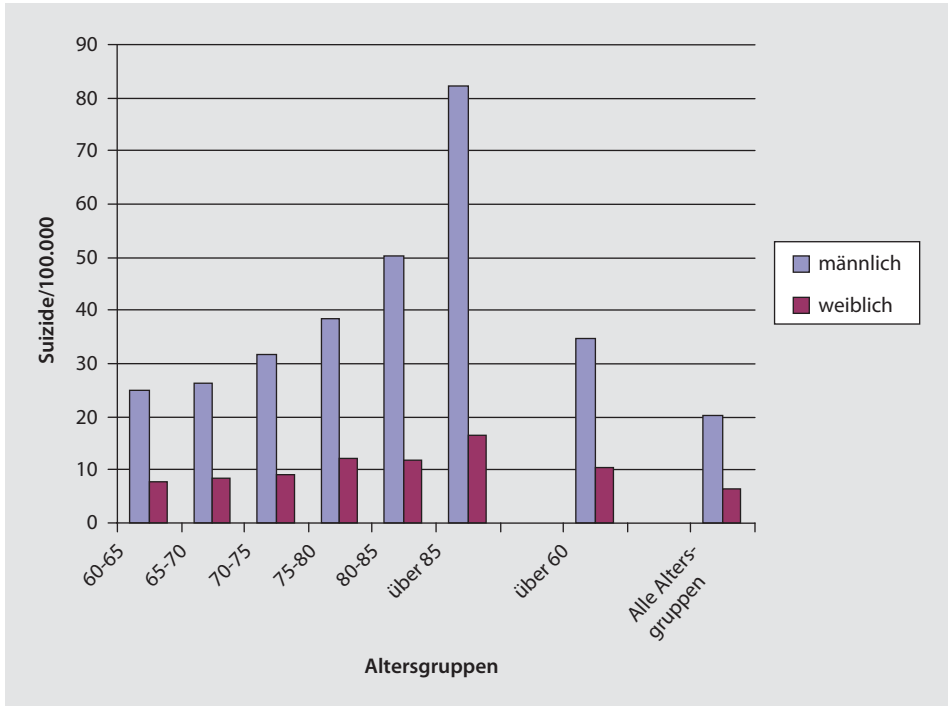
Auch die Bestimmung der Häufigkeit von **Suizidgedanken** im Alter ist schwierig. Zwar sehnen manche alten Menschen das Lebensende herbei, da das Leben als Last oder als nicht mehr lebenswert erachtet wird (Scocco u. DeLeo 2002). Diese passiven Todeswünsche beinhalten aber, im Gegensatz zu Suizidgedanken, in der Regel keine konkreten Ideen, dieses Ende aktiv herbeizuführen.

2.1.2 Häufigkeit suizidaler Handlungen

Suizide

In Deutschland beträgt die **Suizidziffer** (Anzahl der Suizide/100.000 Einwohner) der über 60-Jährigen im Jahr 2011 für Männer 34,61/100.000 und für Frauen 10,40/100.000. Die Gesamtsuizidziffer über alle Altersgruppen beträgt 20,09 für Männer und 6,24 für Frauen. Die Suizidgefährdung nimmt mit dem Alter sowohl für Männer als auch für Frauen deutlich zu (■ Abb. 2.1). Dies wird auch als »ungarisches Muster« bezeichnet, weil dieses Phänomen in Ungarn zum ersten Mal beschrieben wurde. Dieses Muster findet sich in nahezu allen Ländern, Ausnahmen bilden Japan und Australien. In Japan haben die 45- bis 64-Jährigen die höchsten Suizidziffern. Auch in Australien haben die mittleren Altersgruppen leicht höhere Suizidziffern als die alten Menschen.

Aufgrund der höheren Suizidgefährdung im Alter zusammen mit der Veränderung der Alterspyramide hat sich der Anteil alter Menschen an den Suiziden insgesamt in den letzten Jahren überproportional erhöht und zwar bei Frauen deutlicher als bei den Männern. So beträgt der Anteil der Männer über 60 an der Gesamtbevölkerung 24,47 %, an den Suiziden aber 42,16 %, der Anteil der Frauen an der Gesamtbevölkerung 30,13 %, an den Suiziden sogar 50,23 %. Jeder zweite Suizid einer Frau wird daher heute von einer Frau über 60 Jahre begangen.



■ **Abb. 2.1** Alter und Suizidziffern in Deutschland 2011. (Datenquelle: Statistisches Bundesamt 2012, Stand August 2013, Berechnungen Schaller)

In Deutschland lebende ältere Menschen mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit haben eine deutlich niedrigere Suizidrate (11,69 für Männer, 6,3 für Frauen über 60 Jahre).

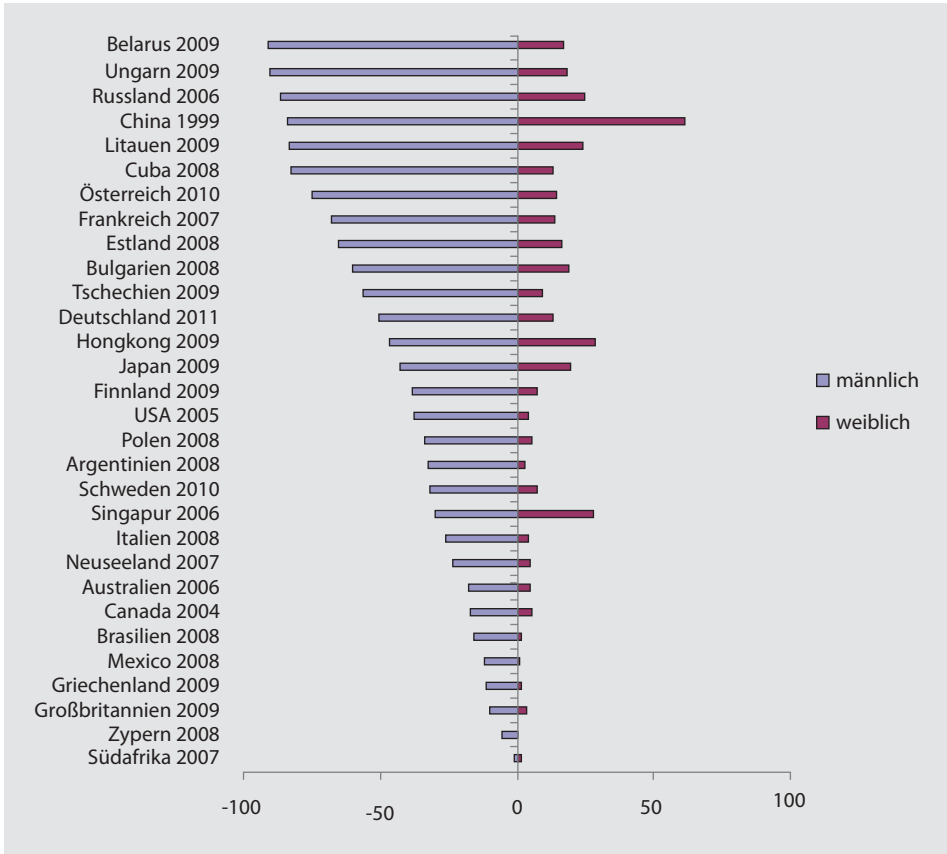
Da alte Menschen wegen ihrer Multimorbidität jedoch an sich bereits ein erhöhtes Suizidrisiko haben, ist der prozentuale Anteil der Suizide an den Gesamttodesursachen bei alten Menschen geringer als bei jungen.

Im internationalen Vergleich liegt Deutschland im Mittelbereich (■ Abb. 2.2).

Bei den angewandten **Suizidmethoden** überwiegen die sog. »harten« Methoden. Erhängen liegt bei Männern und Frauen an der Spitze, gefolgt von Feuerwaffen, Vergiftung und Sturz aus der Höhe bei Männern, Vergiftung, Sturz aus der Höhe und Ertrinken bei Frauen.

Suizide im Alter werden häufig durch »besondere« Tage (Hagenbuchner [1967] sprach bereits von »Gedenktagssuiziden«) und besondere Orte (wo man früher schöne Zeiten erlebt hat [Wohner et al. 2005]) angeregt. Im Alter, v. a. bei kranken und sozial isolierten Menschen, kommen auch häufiger als in anderen Altersgruppen sog. **Doppelsuizide** oder **Mitnahme-suizide** vor, i. S. einer Tötung aus Mitleid oder weil man den Partner nach dem eigenen Suizid nicht weiterleben lassen will (Haenel u. Elsässer 2000).

- Bei Alterssuiziden werden weniger Abschiedsbriefe gefunden, was auf einen geringeren Appellcharakter suizidaler Handlungen schließen lassen könnte.



■ **Abb. 2.2** Suizidraten älterer Menschen im internationalen Vergleich (letztes verfügbares Jahr; über 75-Jährige). (Quelle: WHO-Datenbank, Stand August 2013)

Suizidversuche

Zu Suizidversuchsrate existieren keine offiziellen Statistiken. In Deutschland liegen neben Daten aus Inanspruchnahmepopulationen nur Daten aus dem deutschen Erfassungsgebiet der WHO/EURO-Multicentre-Study of Suicidal Behaviour (Monitoring Teil) vor, die zur Erhebung möglichst wahrer Suizidversuchsrate in Europa durchgeführt wird. Die folgenden Zahlen entstammen dem Datenmaterial der WHO-Arbeitsgruppe Würzburg (Schmidtke et al. 2009)

Im Durchschnitt wurden von der Erfassungstichprobe in Würzburg etwa 7 % der Suizidversuche von Personen über 60 Jahre (40 % Männer) durchgeführt.

Die auf der Basis der WHO-Erhebung geschätzten Suizidversuchsziffern für Deutschland (für die Bevölkerung 60 Jahre und älter) betragen für das Jahr 2006 für Männer 53,7/100.000 und für Frauen 32,4/100.000. Das deutsche Erfassungsgebiet liegt damit im europäischen Vergleich im unteren Drittel.

Das Verhältnis Suizid : Suizidversuch für die Altersgruppe der über 60-Jährigen beträgt in Deutschland für Männer 1 : 1,7 und für Frauen 1 : 3,2. Es ist damit niedriger als das Verhältnis von 1 : 2,1 für Männer und 1 : 11,3 für Frauen, das über alle Altersgruppen errechnet werden

kann. Ältere Menschen berichten auch weniger Suizidversuche als jüngere Altersgruppen. Bei den Männern haben 78 % vorher keinen Suizidversuch begangen, bei den Frauen 68 % (dagegen finden sich bei jüngeren Männern bis zu 30 %, bei Frauen bis zu 49 % frühere Suizidversuche). Suizidversuche werden von älteren Menschen auch weniger oft wiederholt. Nur 42 % der älteren Frauen (52 % bei jüngeren) wiederholen den Suizidversuch. Bei den Männern sind die Unterschiede geringer.

Suizidversuche älterer Menschen werden deutlich häufiger als ernsthaft beurteilt als die jüngerer Menschen, v. a. älteren Männern wird eine ernstere Intention unterstellt. Bei alten Menschen mit Suizidversuch wird daher auch sehr häufig eine stationäre Weiterbehandlung vorgeschlagen (Männer 79 %, Frauen 71 %).

Die hauptsächlich angewandten **Suizidversuchsmethoden** sind bei den älteren Männern Schneiden (37 %), Vergiftungen (33 %) und Hängen (7 %). Ältere Frauen wählen überwiegend Vergiftungen (66 %), gefolgt von Schneiden (17 %) und Hängen (4 %).

Ältere Männer mit Suizidversuch erhielten als häufigste Diagnose »Anpassungsstörungen« (32 %), gefolgt von der Diagnose »sonstige Psychosen«, die auch hirnorganische Psychosyndrome umfasst (27 %) sowie affektive Psychosen (27 %). Bei den älteren Frauen überwiegen affektive Psychosen (44 %). Schizophrenie wird bei älteren Menschen als Diagnose kaum vergeben. Es finden sich aber (komorbid) häufig Suchterkrankungen (21 %).

➤ **Ältere Suizidenten und Personen mit Suizidversuchen leben häufig allein, sind verwitwet oder geschieden.**

In der WHO Studie lebten viele alte Menschen mit Suizidversuch in Heimen oder einer anderen Institution (Männer 21 %, Frauen 15 %; Schmidtke et al 2004). Vor allem bei den Männern ändert sich die Lebenssituation kurz vor dem Suizidversuch: Doppelt so viele ältere Männer wechseln in ein Heim als wie in der gewohnten Umgebung bleiben. Suizidversuche alter Menschen in einer psychiatrischen Institution sind dagegen selten (weniger als 1 %).

Als relativ häufiges Motiv – v. a. bei Personen vor und nach der Pensionierung – werden **finanzielle Belastungen** (bis 5 %) genannt. Die Bedeutung dieses Motivs nimmt jedoch mit zunehmendem Alter wieder ab. Ältere Menschen mit Suizidversuch geben auch häufiger als jüngere Altersgruppen **körperliche Erkrankungen**, v. a. chronische Erkrankungen und Erkrankungen mit Schmerzen (bis zu 30 %) an. Allerdings werden diesen Motivnennungen zugrunde liegende **depressive Kognitionen**, v. a. bei Männern, oft nicht erkannt.

➤ **Dem Suizidversuch zugrundeliegende Depressionen werden häufig auch von ärztlicher Seite erkannt.**

Suizidenten suchen in den Tagen vor dem Suizidversuch signifikant häufiger als sonst ihren Hausarzt auf, wobei meist körperliche Symptome angesprochen werden, die suizidale Tendenz aber nicht erkannt wird (Harwood et al. 2000). 30–50 % der Suizidenten sollen in der Woche vor dem Suizid noch ihren Hausarzt aufgesucht haben, sogar bis 77 % in den letzten 4 Wochen (vgl. Harwood et al. 2000). Ähnliche Häufigkeiten gelten auch für Kontakte mit Psychiatern oder anderen psychosozialen Diensten (bis 70 % im Monat vor dem Suizid; z. B. Pirkis u. Burgess 1998). Bei Männern werden Depressionen auch oft als aggressives Verhalten und Persönlichkeitsstörung verkannt.

Suizidgedanken

Barnow u. Linden (2000) fanden zwar bei über 70-Jährigen in 15 % Lebensüberdrußgedanken und in 5 % »Gedanken sterben zu wollen«, aber nur bei 1 % direkte Suizidideen oder -gesten,

von über 90-Jährigen werden in 1,7 % Suizidgedanken berichtet. Einige ausländische Studien berichten höhere Raten von Suizidideen bei älteren Menschen (Scocco u. De Leo 2002: bei über 65-Jährigen: 9,5 %). Für Personen in Heimpflege geben ausländische Studien für 10,6 % »passive« und für 1,2 % »aktive« Suizidideen an (Raue et al. 2006).

2.2 Soziale Bedingungen

2.2.1 Auswirkungen des sozialen Wandels

Der demografische und gesellschaftliche Wandel bringt auf Dauer auch einen Wandel in den sozialen Strukturen und Lebensformen mit sich. Er führt zu epochalen Veränderungen, die sich nicht nur heute, sondern noch stärker in Zukunft auf das Zusammenleben und die Verkehrsformen der Generationen auswirken. Ins Blickfeld zu nehmen sind nicht nur die heutigen Altersgenerationen, sondern v. a. die mittleren Altersgruppen, bei denen sich der soziale Wandel nachhaltig auswirken wird.

Noch funktioniert der informelle Unterstützungsaustausch innerhalb der Familie im Bedarfsfall recht gut. Kognitive (Rat- und Entscheidungshilfen), emotionale (Trost und Aufmunterung) und instrumentelle Unterstützung (Hilfen im Haushalt, bei Krankheit etc.) werden in Befragungen genannt. Der soziale Wandel wird das ändern. Die **Pluralisierung der Lebensformen** ist bereits in vollem Gange. Nachweisbar ist der Zuwachs an partnerlosen Personen und nichtehelichen Partnerschaften bei der mittleren und älteren Generation. Der Anteil der Verheirateten nimmt ab, dafür wächst die Zahl der Ledigen und Geschiedenen. Der Anteil der Eingenerationenhaushalte in der 2. Lebenshälfte wächst, sowohl die Zahl der Singlehaushalte wie der Haushalte ohne Kinder. Es zeigen sich eine Verringerung der herkömmlichen Lebensformen und eine Zunahme seltenerer Lebensformen auf Kosten der klassischen Kernfamilie. »In Bezug auf Lebensformen und -verläufe wird das Alter voraussichtlich bunter, teilweise aber auch fragiler« (Motel-Klingebiet et al. 2010, S. 185). Dazu beitragen werden auch die zunehmenden Ehescheidungen. Betroffen davon sind auch langjährige Ehen. Häufiger aufgelöst werden ebenso nichteheliche Partnerschaften.

Aufgeworfen werden durch diese epochalen Veränderungen Unterstützungs- und Versorgungsfragen, die bisher weitgehend im Rahmen **familiärer Austauschbeziehungen** geregelt wurden. Hoffnungsvoll stimmt, dass Menschen nicht selten auch außerhalb der Familie Hilfe in Krisensituationen erhalten. Menschen, die ohne Partner und Kinder leben, können z. B. Rat und Trost von Freunden und Nachbarn erwarten. Es zeigt sich aber, dass diese Personengruppe verstärkt emotionale Unterstützung vermisst.

- **Es entstehen neue Unsicherheiten in der Lebensplanung und im Alltagsmanagement für künftige Altersgenerationen, die verstärkt auf die Unterstützung und Versorgung in belastenden Lebenssituationen durch außerfamiliäre Personen und Dienstleister angewiesen sind.**

Das Problem der sozialen Isolierung und mangelnden emotionalen Unterstützung wird sich für manche Menschen im Alter verstärkt stellen und damit auch das Risiko für Krisenerleben, Vereinsamung und suizidale Gefährdung. Sich auf diese Herausforderungen einzustellen, betrifft besonders die Lebensberatung, Krisenhilfe und Suizidprävention mit Blick auf heutige und künftige Altersgenerationen.

2.2.2 Soziale Bedingungen im Alter

Der Begriff der sozialen Bedingungen ist weiter zu fassen als der der sozialen Beziehungen, auf den später eingegangen wird. Zu den sozialen Bedingungen gehören im weiten Sinne die **ökonomischen** und **ökologischen** Lebensumstände, hier v. a. die Wohn- und Lebenswelt, deren kulturelle und soziale Infrastruktur sowie das **soziale Netzwerk**, das einem Menschen zur Verfügung steht und in das er integriert ist.

Ebenfalls dazu gehören **soziodemografische Indikatoren** wie z. B. der Familienstand und die Kontakthäufigkeit zu Personen des sozialen Netzwerks. Auf diese beiden Aspekte soll kurz eingegangen werden.

Familienverband

Bekannt ist die Tatsache, dass im höheren Lebensalter der Anteil der Verheirateten ab und damit der der Verwitweten zunimmt. Betroffen davon sind besonders die Frauen. Die Gewichtungen des Familienstands werden sich in Zukunft (bis 2030) erheblich ändern. Zunehmen wird bei den 65-Jährigen und Älteren die Zahl der Ledigen, Geschiedenen und nichtehelichen Lebensgemeinschaften, abnehmen dagegen die Zahl der Verheirateten. Relativ gleich bleiben wird die Zahl der Verwitweten (BMFSFJ 2006, S. 173 ff). Diese Entwicklung hat auch Auswirkungen auf die Haushaltsstrukturen, d. h. zu erwarten ist ein starkes Anwachsen der Einpersonenhaushalte der Älteren von derzeit 5,2 auf 9,2 Mio. in 2030. Das betrifft Männer wie Frauen, die in Zukunft vermehrt allein einen Haushalt führen müssen.

Der Familientypus heute ist vorherrschend der des **intergenerationalen Familienverbandes** (»multilokale Mehrgenerationenfamilie«), in dem die Generationen einer Familie nicht in einer Hausgemeinschaft zusammenleben, sondern eine in der Regel räumliche Nähe zwischen den Haushalten der Generationen besteht und ein reger Austausch in der Familie gepflegt wird. Mindestens ein erwachsenes Kind wohnt nicht weit entfernt von den betagten Eltern bzw. einem Elternteil. Auch ist im Allgemeinen die Kontakthäufigkeit zwischen alten Eltern und erwachsenen Kindern hoch. Ebenfalls bemerkenswert sind die wechselseitigen Unterstützungsleistungen. Die meisten in Alterssurveys Befragten schätzen die Familienbeziehungen als gut bis sehr gut ein, hier besonders die Frauen. Die Nennung von innerfamiliären Konflikten war dagegen eher gering ausgeprägt (Hoff 2006). Die **innerfamiliären Austauschbeziehungen** werden sich – wie Berechnungen des Deutschen Alterssurveys zeigen – in Zukunft verändern. Es ist mit einer Vielfalt von familialen und partnerschaftlichen Lebensformen zu rechnen, bei denen Kinder als Unterstützungspartner eine geringere Rolle spielen (Engstler u. Tesch-Römer 2010).

Bedeutung sozialer Netzwerke

Zu den Netzwerkpartnern Älterer gehören auch Freunde, Bekannte und Nachbarn, deren Bedeutung als Ersatz für familiäre Unterstützung in Zukunft anwachsen wird.

- **Die Berücksichtigung und der Aufbau nichtfamiliärer privater Netzwerke im Alter stellen in Zukunft einen wichtigen Aspekt der primären Suizidprävention dar. Ambulante hauswirtschaftliche und pflegerische Dienste werden dabei eine besondere Funktion erhalten.**

Von noch größerer Bedeutung als heute werden auch informelle Formen der Begegnung und Hilfe im Alter werden.

Soziale Beziehungen sind ein zentraler Aspekt sozialer Bedingungen im Alter. Wir alle leben nicht als Einzelwesen in einem sozialen Vakuum, sondern lebenslang eng verwoben mit sozialen Beziehungen, die wir mitgestalten und von denen wir in unserer Entwicklung beeinflusst werden. Diese Beziehungen und Personen, mit denen wir interagieren, wandeln sich im Verlauf des Lebens.

Nach dem **Modell des sozialen Konvois** von Antonucci (Antonucci u. Akiyama 1987) begleitet ein Netzwerk von Personen und sozialen Beziehungen einen Menschen im Lebenslauf wie die Begleitschiffe eines Konvois, die Unterstützungsleistungen bereithalten. Dieses soziale Netzwerk verändert sich mit der Zeit, im Alter in besonderer Weise. Um im Bilde zu bleiben: Es gibt immer weniger Begleitschiffe im Konvoi. Dies wird besonders durch das **Modell der sozioemotionalen Selektivität** von Carstensen (Carstensen u. Lang 2007) verdeutlicht. Sie geht von folgenden Prämissen aus:

Die Gestaltung sozialer Beziehungen steht im engen Zusammenhang mit dem Erhalt des subjektiven Wohlbefindens. Dabei stehen **2 soziale Motive der Beziehungsgestaltung** im Vordergrund:

- die Suche nach Informationen,
- die Regulierung von Emotionen.

Die Gewichtung sozialer Motive verschiebt sich über die Lebensspanne. Jüngere Menschen richten ihre Sozialkontakte schwerpunktmäßig an längerfristigen Zielen der Lebensplanung und Zukunftsgestaltung aus, zu denen v. a. zweckdienliche Informationen gehören. Ihr soziales Netz und ihre Kontaktkreise sind in der Regel größer und variabler. Bei alten Menschen verringern sich die Kontaktkreise durch Verluste und körperliche Einschränkungen im Lebensraum. Für sie steht nicht so sehr der informative Gehalt von Kontakten im Vordergrund, sondern der emotionale Gewinn, der mit dem enger gewordenen sozialen Netzwerk verbunden ist.

- **Alte Menschen pflegen und intensivieren nach Möglichkeit jene Kontakte, die mit positiven Emotionen wie Erlebnisfreude, Unterstützung und Wertschätzung verbunden sind. Formelhaft verkürzt lautet das Motto: »Weniger Quantität, mehr Qualität in sozialen Beziehungen«.**

Die freiwillige oder unfreiwillige Verkleinerung des sozialen Netzwerks mit weniger Kontaktpersonen muss also nicht zur Isolation und Vereinsamung führen, sondern kann Ausgangspunkt einer aktiven Beziehungsgestaltung sein, die mehr Wert legt auf Befriedigung, Unterstützung und emotionalen Austausch. Gelingt diese Neuorientierung in sozialen Beziehungen als Quelle der Emotionsregulierung nicht oder fehlen nahestehende Kontaktpersonen, droht in der Tat soziale Isolation und Vereinsamung.

Soziale Isolation und Einsamkeit

- **Isolation und Einsamkeit gelten als ein Risikofaktor für Sinnkrisen, geschwächten Lebenswillen und suizidale Gefährdung im Alter, v. a. dann, wenn sie mit mangelnder sozialer und emotionaler Unterstützung einhergehen.**

Isolation steht für einen Mangel an sozialen Kontakten und Beziehungen innerhalb eines bestimmten Zeitraums. Um diesen Mangel genauer zu bestimmen, bedarf es eines pragmatischen Richtwerts, der festlegt, ab wann die Kontakthäufigkeit unter ein bestimmtes Minimum sinkt. Von **sozialer Isolation** wird z. B. gesprochen, wenn ein alter Mensch weniger als einmal pro Woche Besuch von Personen empfängt oder Personen außerhalb des Haushalts trifft. Diese

Eingrenzung ist problematisch, weil es heute auch alternative technische Wege der Kontaktpflege gibt. Zudem ist zwischen sozialer und emotionaler Isolation zu unterscheiden. Emotionale Isolation ist engstens verwandt mit dem Begriff **Einsamkeit**. Darunter ist der erlebte Mangel an sozial-emotionaler Unterstützung und menschlicher Anteilnahme zu verstehen. Es geht um die schmerzliche Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit tragender Beziehungen, um das Erleben emotionaler Bedürftigkeit, die nicht aufgewogen werden kann. Einsamkeitsgefühle können das körperliche und seelische Wohlbefinden stark beeinflussen.

Über das Ausmaß von Isolierung und Einsamkeit alter Menschen gibt es einige empirische Anhaltspunkte. Faktum ist, dass das Alleinleben in Einpersonenhaushalten, das in Zukunft zunehmen wird, nicht mit Isolation gleichgesetzt werden darf. Die Befunde zum Ausmaß von Isolation und Einsamkeit im Alter ergeben kein einheitliches Bild. Daten des Deutschen Alterssurveys sprechen dafür, dass ein starker Anstieg von Isolation und Einsamkeitsgefühlen zwischen mittleren und hohen Altersgruppen in Privathaushalten nicht nachzuweisen ist. Andere Studien belegen dagegen einen Anstieg von solchen Gefühlen v. a. im sehr hohen Alter. Gründe für diese Divergenz liegen v. a. in der Stichprobenauswahl und dem Erfassungsmodus dieser Variablen. Fasst man verschiedene Studien zusammen, so zeigt sich, dass etwa 10 % älterer Menschen stark unter Einsamkeit leiden. Dieser Prozentsatz ist über die Zeit relativ konstant geblieben (Tesch-Römer 2010, S. 211).

Von Einfluss auf das Erleben von Einsamkeit sind

- Mangel an vertrauensvollen Beziehungen,
- Verlust nahestehender Personen und
- Gesundheitszustand, insbesondere Einschränkungen der Mobilität und Selbsthilfefähigkeit (Autonomie).

Soziale Beziehungen und Suizidalität

Neben den sozial-strukturellen Veränderungen und Herausforderungen, die sich v. a. in Zukunft auf die Bewältigung von Altersproblemen und -krisen auswirken werden, spielt die Qualität sozialer Beziehungen im Bedingungsgeflecht suizidaler Gefährdung im Alter eine nicht zu unterschätzende Rolle. Die Beachtung und Stärkung der Qualität von Beziehungen im eingeschränkten sozialen Netzwerk alter Menschen ist ein wichtiges Element der Krisenhilfe und Suizidprävention im Alter. Soziale Beziehungen wirken v. a. durch ihr wechselseitiges Unterstützungspotenzial, aber auch durch die Verursachung von Konflikten und Belastungen, die dazu führen können, dass Beziehungen zerbrechen und beendet werden, manchmal sogar durch Selbsttötung. Scheidungen und andere Formen der Trennung sprechen jeweils ihre eigene Sprache. Welche Rolle spielen soziale Bedingungen, hier v. a. Ausmaß und Qualität sozialer Beziehungen bei der Entstehung von Krisenerleben und suizidaler Gefährdung im Alter?

- **Der Einfluss sozialer Beziehungen auf die Suizidalität im Alter konnte mehrfach nachgewiesen werden. Männer scheinen im Vergleich zu Frauen davon stärker betroffen zu sein, z. B. kurz nach dem Tod ihrer Partnerin. Sie litten stärker und anhaltender unter dem Verlust (Dombrovski et al. 2005).**

Im Bedingungsgefüge der Suizidalität im Alter spielen zusätzlich zu den Risikofaktoren der körperlichen und psychischen Erkrankungen Kontakt- und Kommunikationsprobleme eine große Rolle. Diese stehen einerseits mit altersbedingten Veränderungen im sozialen Netzwerk sowie mit deren Unterstützungsressourcen in Verbindung, andererseits treten sie als begleitende Bedingungen körperlicher und psychischer Erkrankungen oder auch als eigene Bedingung für Suizidalität im Alter auf.

Mit zunehmendem Alter reduziert sich insgesamt die Anzahl der Personen im sozialen Netzwerk, was jedoch nicht heißt, dass Intensität und Qualität der Kontakte dadurch immer gemindert werden müssen. Ein wichtiger Unterschied ist in der Netzwerkforschung zwischen quantitativen und qualitativen Parametern sozialer Netzwerke zu machen. Zum Beispiel werden Einsamkeitsgefühle nicht so sehr durch quantitative Netzwerkmerkmale wie Anzahl der Kontaktpartner ausgelöst, sondern durch qualitative Eigenschaften wie Mangel an vertraulichen Gesprächen und emotionalem Austausch. Der Kreis der wichtigsten Vertrauenspersonen rekrutierte sich zu über 90 % aus dem innerfamiliären und nur zu knapp 10 % aus dem außerfamiliären Beziehungsbereich. Zum außerfamiliären Vertrautenkreis gehörten vor allen Freunde und Bekannte. Dazu kommen Seelsorger und Ärzte (Ferring u. Filipp 1999). Fehlen diese vertrauensvollen Beziehungen oder sind sie brüchig oder konfliktlastig geworden, tritt zu anderen suizidalen Risiken ein weiterer Risikofaktor hinzu. Für die Suizidprävention im Alter ist von Bedeutung, dass alte Menschen in Krisen, wenn möglich, auf Hilfen aus dem innerfamiliären Netzwerk vertrauen und erst dann andere Ressourcen in Anspruch nehmen, wenn familiäre Hilfen nicht greifen, nicht erwartet werden können oder nicht gewünscht werden (Erlemeier 2011).

Wichtig ist in diesem Zusammenhang die Frage nach dem Unterstützungspotenzial, das alten Menschen in ihrem sozialen Netzwerk als **Schutzfaktor** zur Verfügung steht. Nach dem Alterssurvey haben 13 % der über 70-Jährigen niemanden, den sie um Rat fragen können. Bei Männern bleibt das im Umfang kleinere **kognitive Unterstützungspotenzial** unabhängig vom Alter relativ stabil, während es bei Frauen, von einem höheren Niveau ausgehend, im Alter schrumpft. Ähnlich sieht es beim **emotionalen Unterstützungspotenzial** aus. 14 % der über 70-Jährigen können niemanden nennen, an den sie sich wenden können, wenn sie Trost oder Aufmunterung brauchen. Frauen sind davon häufiger betroffen als Männer, wenngleich Frauen insgesamt mehr Personen nennen, die emotionale Unterstützung gewähren können. Auch die instrumentelle Unterstützung, z. B. im Haushalt, beim Einkaufen etc. geht im hohen Alter wegen der, z. B. durch Tod verursachten, Reduzierung der Personen im Haushalt zurück, bei den Frauen stärker als bei den Männern. Potenzielle Unterstützungspersonen rekrutieren sich an erster Stelle aus der Familie und der Verwandtschaft. Dann erst folgen Freunde, Nachbarn oder bezahlte Helfer als Unterstützungspersonen (Künemund u. Hollstein 2000).

Es ist wichtig festzuhalten, dass Alter nicht mit Kontaktmangel, sozialer Isolierung und Vereinsamung gleichzusetzen ist. Es gibt aber bei den über 65-Jährigen, besonders bei den Hochbetagten, einen nicht zu unterschätzenden Anteil, der als sozial isoliert gilt. Rund 10 % fühlen sich nach eigenem Bekunden einsam. Unter diesen sind bei Erschwerung durch andere Belastungen erwartungsgemäß auch suizidgefährdete alten Menschen zu finden.

- **Übereinstimmung besteht unter den Suizidforschern darin, dass sich unter den Personen mit Suiziden oder Suizidversuchen häufiger Geschiedene, getrennt Lebende, Verwitwete oder Alleinstehende befinden.**

Es gibt Belege dafür, dass auch unter alten Menschen, die Suizid begehen, mehr Verwitwete, Alleinstehende und Geschiedene sind. Männer, die ihre Lebenspartnerin im hohen Alter verloren haben, stehen unter einem höheren Suizidrisiko als verwitwete Frauen, weil sie offenbar mit der Situation des Alleinlebens und den Komplikationen im Alltagsmanagement weniger vertraut sind als Frauen (Canetto 1992).

Cattel u. Jolley (1995) konnten nachweisen, dass bei älteren Männern, die einen Suizid ausführten, der Anteil der Alleinlebenden und Verwitweten im Vergleich zu den Frauen besonders hoch war. Vorausgesetzt werden muss allerdings, dass die Ehebeziehungen selbst nicht zu

stress- und konflikthanfällig erlebt werden. Draper (1996) geht in seinem Übersichtsartikel auf den Einfluss demografischer Variablen auf Suizidversuche im Alter ein. Mindestens 45 % der über 65-Jährigen mit Suizidversuchen waren verwitwet, 4–13 % geschieden oder vom Partner getrennt lebend. Bis zu 60 % lebten allein, mit ansteigender Tendenz im hohen Alter. Die Kategorie der Singles war bei den Suizidversuchern stark besetzt; 47 % aller Männer und 39 % aller Frauen waren niemals verheiratet. Bei den Suiziden lebte ein ähnlich hoher Prozentsatz der Betroffenen allein. Unter den Suizidenten, die allein lebten, waren mehr alte Männer.

Zu bedenken ist aber, dass soziodemografische Merkmale allein nicht aussagekräftig sind, sondern ihre Interaktion mit anderen **Risikofaktoren** wie psychischen und körperlichen Erkrankungen zu berücksichtigen ist. Heikkinen u. Lönnqvist (1996) untersuchten Zusammenhänge zwischen stressvollen Lebensereignissen, sozialen Interaktionsfaktoren und Suiziden in einem Altersgruppenvergleich von 20- bis 59-Jährigen, 60- bis 74-Jährigen und 75-Jährigen und Älteren. Bezüglich der sozialen Interaktionsfaktoren wie Alleinleben, Verfügbarkeit von Vertrauenspersonen und Anzeichen für Einsamkeit ergaben sich keine signifikanten Altersunterschiede. Die sozialen Belastungsbedingungen für Suizide scheinen eher altersübergreifend zu wirken. Unterschiede gab es bei den stressvollen Lebensereignissen.

➤ **Somatische, schmerzhafte Erkrankungen standen für die Suizide alter Menschen an erster Stelle, mit steigender Tendenz bei den Hochaltrigen; finanzielle, familiäre und berufsbezogene Ereignisse fielen bei den Suiziden jüngerer Menschen stärker ins Gewicht.**

Insbesondere längerfristige Eheprobleme und interpersonale Konflikte mit Angehörigen spielten bei Suizidversuchen eine auslösende Rolle. Dazu kamen Isolation und Einsamkeitsgefühle. In einer Studie von Wiktorsson et al. (2010) konnte nachgewiesen werden, dass alte Menschen mit Suizidversuchen, verglichen mit einer Kontrollgruppe, häufiger unverheiratet waren, allein lebten und unter Einsamkeit litten.

Lindner (2009) konnte in seiner Studie zur **Suizidalität älterer Männer** nachweisen, dass ältere suizidale Männer im Vergleich mit jüngeren ihre **langjährigen Beziehungen** stärker als sehr konflikthaft erlebten und diese Störungen meistens auch der Auslöser für ihr suizidales Erleben waren. Involviert waren nicht nur Lebenspartnerinnen, sondern auch Kinder, die bei jüngeren suizidalen Männern eine geringere Rolle spielten. Diese langjährigen Beziehungen wurden »hochambivalent« (ebd., S. 26) erlebt und führten in mehreren Fällen zu schwerwiegenden Selbstwertkrisen. Diese langjährigen Beziehungsstörungen wirkten sich bis in die Psychodynamik der therapeutischen Beziehung und Behandlung aus. Von Bedeutung für die therapeutische Praxis bei suizidalen älteren Männern ist nach Lindner u. a. die Beachtung von ambivalenten, konfliktlastigen Beziehungsmustern zur Familie, besonders zu Partnerinnen und Kindern.

Aus den Untersuchungen ist zu folgern, dass bei der **multikausalen Entstehung** von Suizidalität im Alter psychosoziale Einflussbedingungen, insbesondere die Qualität emotionaler Beziehungen, im Zusammenwirken mit anderen Risikofaktoren eine nicht zu unterschätzende Bedeutung haben. Es sind aber nicht so sehr die äußeren Merkmale wie Kontaktdichte und -häufigkeit die entscheidenden Einflussfaktoren, sondern viel stärker Gefühle der Zurückweisung, des Ausgeschlossenenseins und der mangelnden Unterstützung sowie konflikthafte Beziehungen und interpersonale Probleme, die Menschen in eine suizidale Krise führen. Es hängt stark davon ab, ob sich diese Beziehungsprobleme in der subjektiven Bewertung und Verarbeitung selbstwertgefährdend zuspitzen und als Verlust lebensnotwendiger sozialer Ressourcen erlebt werden.

2.2.3 Zusammenfassung und Fazit

Im Zuge des demografischen Wandels werden sich die familialen Strukturen und Lebensformen im Sinne einer größeren Pluralisierung nachhaltig verändern. Die sog. **Singularisierung des Alters** wird fortschreiten. Es wird mehr alleinlebende Personen und Bindungen auf Zeit geben. Lebensformen werden bis ins hohe Alter bunter, möglicherweise aber auch anfälliger für Versorgungslücken und Unterstützungsdefizite. Innerfamiliäre Solidaritätsstrukturen werden in Zukunft stärker als bisher durch außerfamiliäre Hilfen und Dienstleistungen substituiert werden müssen. Das Alleinleben von Älteren, die sich oft zeitlebens in dieser Lebensform einüben konnten, wird nicht unbedingt zur sozialen Isolation und Vereinsamung führen. Das war auch bisher nicht so. Wohl aber steigt das Risiko dafür dann an, wenn das außerfamiliäre Netzwerk, das sich aufgebaut hat, im Alter brüchig wird und kaum noch kognitive, emotionale und instrumentelle Unterstützung bietet. Körperliche Beeinträchtigungen, die Handlungs- und Bewegungsräume einschränken, dazu psychische Probleme mit der Alltagsbewältigung können das Altwerden so erschweren, dass sich Wertlosigkeits-, Verlassenheits- und Einsamkeitsgefühle einstellen, die im Zusammenspiel mit anderen Risikofaktoren das Leben so unerträglich machen, dass man es lieber beenden möchte. Studien zeigen, dass gestörte Sozialbeziehungen, die sich bereits früher im Leben angebahnt haben, im Alter zur Verursachung von Lebensüberdruß, suizidaler Gefährdung und von Suizidhandlungen beitragen.

Für die Krisenhilfe und **Suizidprävention im Alter** stellt sich für die Zukunft u. a. die Frage nach den adäquaten Formen des Zugangs zu solchen älteren Menschen, die auf Hilfen aus dem primären sozialen Umfeld (sprich Familie) und auf außerfamiliäre Unterstützung nicht zurückgreifen können, sondern allein und zurückgezogen leben und unter Gefühlen der Desolation leiden. Es ist v. a. eine Aufgabe **ambulanter sozialer Dienste** und ihrer ehrenamtlichen Mitarbeiter im Wohnquartier, aufmerksam auf diese Personengruppe zu werden, Kontakt mit ihnen zu suchen und eine helfende Beziehung aufzubauen, auch wenn Rückschläge die Arbeit erschweren. Dabei müssen auch neue Formen der medialen Kontaktaufnahme eingerichtet und erprobt werden, weil in Zukunft ältere Generationen mit Online-Kommunikation vertraut sind und damit angesprochen werden können. Eine besondere Zielgruppe für die Suizidprävention mit sozialem Impetus sind Bewohner von **Altenpflegeeinrichtungen**, die trotz der kollektiven Wohnform unter Gefühlen der emotionalen Vernachlässigung und Vereinsamung bis hin zu Todeswünschen leiden.

Für die allgemeine Lebensprävention gilt, dass bereits in jüngeren Jahren Wert gelegt wird auf den Aufbau eines sozialen Netzwerks außerhalb der Familie mit dem Vertrauensvorschuss auf Tragfähigkeit und Hilfeaustausch auch in kritischen Lebenssituationen. Aufgeworfen wird damit die Frage, welche Rolle soziale Ressourcen als Schutzfaktor bei der Verhütung von suizidaler Gefährdung im Alter spielen (► Abschn. 3.2).

Literatur

- Antonucci T, Akiyama H (1987) Social networks in adult life and preliminary examination of the convoy model. *J Gerontol* 42(5):519–527
- Barnow S, Linden M (2000) Epidemiology and psychiatric morbidity of suicidal ideation among the elderly. *Crisis* 21: 171–180
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (Hrsg) (2010) Altern im Wandel. Zentrale Ergebnisse des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Berlin

- Canetto SS (1992) Gender and suicide in the elderly. *Suicide Life Threat Behav* 22:80–97
- Carstensen L, Lang FR (2007) Sozioemotionale Selektivität über die Lebensspanne: Grundlagen und empirische Befunde. In: Brandtstädter J, Lindenberger U (Hrsg) *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne*. Kohlhammer, Stuttgart, S 389–412
- Cattel H, Jolley DJ (1995) One hundred cases of suicide in elderly people. *Br J Psychiatry* 166:451–457
- Dombrovski AY, Szanto K, Reynolds III CF (2005) Epidemiology and risk factors for suicide in the elderly: 10-year update. *Aging Health* 1:135–145
- Draper B (1996) Attempted suicide in old age. *Int J Geriatr Psychiatry* 11:577–587
- Engstler H, Tesch-Römer C (2010) Lebensformen und Partnerschaft. In: Motel-Klingebiel A, Wurm S, Tesch-Römer C (Hrsg) *Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys*. Kohlhammer, Wiesbaden, S 163–187
- Erlemeier N (2006) Direkte und indirekte Suizidneigung bei Bewohnern stationärer Altenhilfeeinrichtungen. *Suizidprophylaxe* 33: 79–83
- Erlemeier N (2011) Suizidalität und Suizidprävention im höheren Lebensalter. Kohlhammer, Stuttgart
- Ferring D, Filipp SH (1999) Soziale Netze im Alter: Selektivität in der Netzwerkgestaltung, wahrgenommene Qualität der Sozialbeziehungen und Affekt. *ZEPP* 31:127–137
- Haenel T, Elsässer PN (2000) Double suicide and homicide-suicide in Switzerland. *Crisis* 21: 122–125
- Hagenbuchner K (1967) Der Selbstmord des alten Menschen. *Materia Medica Nordmark* 58: 1–48
- Harwood DMJ, Hawton K, Hope T, Jacoby R (2000) Suicide in older people: mode of death, demographic factors and medical contact before death in one hundred and ninety-five cases. *Intern J Geriatr Psychiatry* 15: 736–743
- Heikkinen ME, Lönnqvist JK (1996) Recent life events in elderly suicide: A nationwide study in Finland. In: Pearson JL, Conwell Y (Hrsg) *Suicide and aging: international perspectives*. Springer, New York, S 155–168
- Hoff A (2006) Intergenerationale Familienbeziehungen im Wandel. In: Tesch-Römer C, Engstler H, Wurm S (Hrsg) *Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte*. VS Verlag, Wiesbaden, S 231–287
- Künemund H, Hollstein B (2000) Soziale Beziehungen und Unterstützungsnetzwerke. In: Kohli M, Künemund H (Hrsg) *Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey*. Leske & Budrich, Opladen, S 212–276
- Lindner R (2009) Suizidalität älterer Männer: Empirische Daten und klinische Hypothesen. *Blickpunkt DER MANN* 7(4):21–27
- Motel-Klingebiel A, Wurm S, Tesch-Römer C. (Hrsg) (2010) *Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys*. Kohlhammer, Wiesbaden
- Pirkis J, Burgess P (1998) Suicide and recency of health care contacts. A systematic review. *Br J Psychiatry* 173: 462–474
- Raue PJ, Meyers BS, Rowe JL et al (2006) Suicidal ideation among elderly homecare patients. *Intern J Geriatric Psychiatry* 22: 32–37
- Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D et al (2004) Sociodemographic characteristics of suicide attempters in Europe: Combined results of the monitoring part of the WHO/EURO multicentre study on suicidal behaviour. (pp 29–43). In: Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D, Kerkhof A (Hrsg) *Suicide behaviour in Europe: Results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour*. Hogrefe & Huber, Göttingen
- Schmidtke A, Sell R, Löhr C et al (2009) Epidemiologie und Demographie des Alterssuizids. *Suizidprophylaxe* 36: 12–20
- Scocco P, DeLeo D (2002) One-year prevalence of death thoughts, suicide ideation and behaviours in an elderly population. *Intern J Geriatr Psychiat* 17: 842–846
- Statistisches Bundesamt (2012) ► <http://www.genesis.destatis.de/genesis>. Zugegriffen: 29.8.2013
- Wedler H, Reimer C, Wolfersdorf M (1995) Suizidalität. In: Faust V, Fischer G (Hrsg) *Psychiatrie*. Fischer, Stuttgart, S 397–415
- Wohner J, Schmidtke A, Sell R (2005) Ist die Verhinderung von Hot-spots suizidpräventiv? *Suizidprophylaxe* 32: 114–119
- Tesch-Römer C (2010). *Soziale Beziehungen alter Menschen*. Kohlhammer, Stuttgart
- WHO-Datenbank (2013) ► http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html. Zugegriffen: 29.8.2013
- Wiktorsson S, Runeson B, Skoog I et al (2009) Attempted suicide in the elderly: Characteristics of suicide attempters 70 years and older and a general population comparison group. *Am J Geriatr Psychiatry* 18: 57–67

Einflussfaktoren für Suizid und Suizidalität im Alter

*Barbara Schneider, Claus Wächtler, Sylvia Schaller,
Norbert Erlemeier, Rolf Hirsch*

- 3.1 Risikofaktoren – 36**
 - 3.1.1 Psychische Erkrankungen – 36
 - 3.1.2 Körperliche Erkrankungen – 38
 - 3.1.3 Weitere Risikofaktoren – 38
- 3.2 Schutzfaktoren und soziale Einflüsse – 39**
 - 3.2.1 Interne Schutzfaktoren – 40
 - 3.2.2 Externe Schutzfaktoren – 42
 - 3.2.3 Schutzfaktoren haben Schlüsselfunktion – 43
- Literatur – 43**

In diesem Kapitel wird ein Überblick zu Einflussfaktoren auf Suizid im Alter gegeben. Der erste Teil beschäftigt sich mit **Risikofaktoren** für Suizid. Diese wurden in epidemiologischen Untersuchungen ermittelt. Der zweite Teil ist möglichen **Schutzfaktoren** gewidmet. Bis heute ist über den Einfluss von Risikofaktoren des Alterssuizids viel mehr geforscht worden als über den psychischer und sozialer Schutzfaktoren. Das hat auch damit zu tun, dass Krankheitsmodelle des Suizids oft den Vorrang vor Erklärungsmodellen haben, in denen krankmachende (pathogene) wie gesunderhaltende (salutogene) Einflüsse beachtet und abgewogen werden. Risiko- und Schutzfaktoren sollten aber nicht isoliert betrachtet, sondern in ihrem Zusammenwirken auf die Entstehung suizidaler Gefährdung untersucht werden. Schutzfaktoren sind ein Gegengewicht zu Risikofaktoren, die nach der Puffer-Hypothese (Johnson et al. 2011) und dem Stress-Vulnerabilitätsmodell (Wasserman 2001) deren Einfluss auf Suizidalität abfedern.

3.1 Risikofaktoren

Risikofaktoren sind definiert als »pathogene Bedingungen, die in Bevölkerungsstudien bei der Untersuchung der Entstehungsbedingungen bestimmter Krankheiten (oder anderer Outcomes) statistisch gesichert wurden« (Psyhyrembel 2012). Das wichtige Merkmal des Vorausgehens unterscheidet Risikofaktoren von anderen Faktoren wie Begleiterscheinungen oder Folgen des beobachteten »Outcomes«. Information über Risikofaktoren für Suizid kann man durch epidemiologische Studien, das heißt durch bevölkerungsbezogene Kohortenstudien, sowie durch kontrollierte Untersuchungen mit der Methode der »psychologischen Autopsie« mit meist lebenden Kontrollpersonen aus einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe gewinnen. Hinsichtlich post mortem erhobener Diagnosen ist die Methodik der psychologischen Autopsie validiert; mit ihr gewinnt man aus allen vorhandenen Quellen, einschließlich durch Befragung von Angehörigen, Informationen über die Verstorbenen (siehe Schneider 2003).

Bisher wurde eine Vielzahl von Risikofaktoren für Suizid identifiziert. **Neben psychischen Erkrankungen** sind insbesondere **körperliche Erkrankungen** bedeutsame Risikofaktoren für Suizid im Alter.

3.1.1 Psychische Erkrankungen

Psychische Erkrankungen sind in westlichen Ländern die wichtigsten Risikofaktoren für Suizid. In psychologischen Autopsiestudien litten 85–90 % aller älteren Erwachsenen, die durch Suizid verstorben waren, an psychischen Erkrankungen (Conwell et al. 2011).

Demenz

Demenz ist bekanntermaßen eine Erkrankung, die vorwiegend Menschen im Alter von über 65 Jahren betrifft. Ältere Studien konnten für Demenz kein erhöhtes Suizidrisiko feststellen (Harris u. Barraclough 1997). Im umfangreichen dänischen Fallregister hatten Männer mit Demenz ein 3,8- und Frauen ein 4,5-mal höheres Suizidrisiko als die Allgemeinbevölkerung (Hiroeh et al. 2001). Vermeintliche Risikofaktoren für Suizid bei Demenz sind depressive Symptomatik, Hoffnungslosigkeit, leichte kognitive Beeinträchtigung, Krankheitseinsicht, jüngeres Lebensalter und keine Verbesserung unter Antidementiva (Haw et al. 2009). Das Suizidrisiko ist offenbar kurz nach Diagnosestellung am höchsten (ebd.).

Suchterkrankungen

Bei Störungen im Zusammenhang mit dem Konsum verschiedener psychotroper Substanzen war das Suizidrisiko gegenüber der Allgemeinbevölkerung in Verlaufsuntersuchungen und in kontrollierten Studien mit der Methode der psychologischen Autopsie erhöht (Harris u. Barraclough 1997). In der Altersgruppe älterer, d. h. mindestens 60 Jahre alter, Menschen, litten unter den Suizidopfern 27 % an einer Suchterkrankung; das Suizidrisiko war stark, d. h. mehr als 40-fach erhöht (Waern et al. 2002b).

Im Alter ist **Alkohol** das wichtigste Suchtmittel. In allen Altersgruppen ist bei Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit das Suizidrisiko stark erhöht (Harris u. Barraclough 1997; Schneider 2003). Alkoholbedingte psychische Störungen wurden wiederholt als Risikofaktoren für Suizid im Alter identifiziert (z. B. Waern 2003). Höheres Lebensalter gehört neben anderen Variablen wie gegenwärtig schweres Trinken, affektive Störungen, Nikotinkonsum von mehr als 20 Zigaretten pro Tag, Suiziddrohung, Arbeitslosigkeit, Alleinleben, geringe soziale Unterstützung, akute zwischenmenschliche Ereignisse, Partnerschaftsprobleme und -trennungen, geringe Schulbildung und männliches Geschlecht zu den Faktoren, die mit einem erhöhten Suizidrisiko bei Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit assoziiert sind (z. B. Conner et al. 2003).

Für Störungen durch andere Suchtmittel als Alkohol gibt es leider keine Untersuchungen zu Risikofaktoren für Suizid im Alter. Aus Studien ohne Beschränkung auf bestimmte Altersgruppen ist bekannt, dass Rauchen mit einem etwa 2-fach erhöhten Suizidrisiko assoziiert ist, auch bei unterschiedlicher Definition von »Rauchen«, Altersgruppen oder Beschränkung auf bestimmte Berufsgruppen und auch bei Berücksichtigung von anderen psychischen Erkrankungen (siehe Schneider 2009).

➤ **Bei Suchterkrankungen ist das Suizidrisiko mehr als 40-fach erhöht.**

Schizophrenie

In Metaanalysen wurde für Schizophrenie ein mehr als 8-fach erhöhtes Suizidrisiko gegenüber der Allgemeinbevölkerung errechnet (Harris u. Barraclough 1998; Hiroeh et al. 2001). Leider gibt es auch bei dieser Erkrankung keine Studien bezüglich des Suizidrisikos im Alter. Als psychopathologische Risikofaktoren für Suizid bei Schizophrenie wurden mehrere Faktoren, u. a. Hoffnungslosigkeit, Suizidabsichten in letzter Zeit und Furcht vor geistigem Verfall identifiziert (Hawton et al. 2005, Metaanalyse).

Affektive Störungen

➤ **Affektive Störungen gelten als die häufigsten psychischen Erkrankungen bei Suizidopfern.**

Bei über 50 Jahre alten Suizidopfern hatten bis zu 83 % eine affektive Störung, meistens eine rezidivierende depressive Störung (Conwell et al. 1991). Ältere Patienten mit einer depressiven Störung haben ein stark erhöhtes Suizidrisiko, insbesondere dann, wenn eine rezidivierende depressive Störung vorliegt (Waern et al. 2002b). Wichtige Risikofaktoren für Suizid im weiteren Verlauf einer depressiven Störung sind Suizidversuche und Suizidgedanken in der Vorgeschichte, psychische Angst, Konzentrationsstörungen, Interesseverlust, Hoffnungslosigkeit, hypochondrische Anmutungserlebnisse und Wahnvorstellungen, Stimmungsschwankungen und Schlafstörungen (siehe Schneider 2003).

Angst- und Anpassungsstörungen

Angst- und Anpassungsstörungen wurden in Kohortenstudien, in die fast ausschließlich stationär behandelte Patienten eingeschlossen waren, als Risikofaktoren für Suizid identifiziert (Harris u. Barraclough 1997), jedoch nicht in kontrollierten psychologischen Autopsiestudien (siehe Schneider 2003).

3

- **Kontrollierte psychologische Autopsiestudien bei älteren, d. h. über 60 bzw. 65 Jahre alten Menschen fanden kein erhöhtes Suizidrisiko für Angsterkrankungen (Chiu et al. 2004; Waern et al. 2002b).**

Essstörungen, zu denen die »tödlichsten«, d. h. mit der höchsten Gesamt- und Suizidmortalität behafteten aller psychischen Störungen wie beispielsweise Anorexie gehören (Harris u. Barraclough 1998), spielen in höherem Lebensalter kaum eine Rolle (Hilbert et al. 2012).

Persönlichkeitsstörungen

Bei Persönlichkeitsstörungen ist das Suizidrisiko ebenfalls stark erhöht (Harris u. Barraclough 1997; Hiroeh et al. 2001; siehe auch Schneider 2003); dies gilt auch für Menschen im Alter von über 60 Jahren (Harwood et al. 2001).

Komorbidität

Bei bis zu 56 % aller Suizidopfer in der Allgemeinbevölkerung lag eine Komorbidität mehrerer Achse I-Störungen vor (d. h. gleichzeitig mehrere aktuelle psychische Störungen, die das Leben des Patienten gravierend beeinflussen und fakultativ zu starken Behinderungen des Soziallebens führen) (Cheng 1995). Die wenigen Studien, die Komorbidität mehrerer Achse I-Störungen bei Suizidopfern und Kontrollpersonen verglichen, fanden häufiger bei Suizidopfern eine Komorbidität mehrerer Achse I-Störungen, wobei das gleichzeitige Vorhandensein einer Depression mit einer Suchterkrankung mit dem höchsten Suizidrisiko assoziiert war (Cheng 1995). Leider liegen bisher keine Ergebnisse zum Suizidrisiko bei Komorbidität im höheren Lebensalter vor.

3.1.2 Körperliche Erkrankungen

Bei älteren Suizidopfern liegen häufig körperliche Erkrankungen vor, besonders bei älteren Männern (Waern et al. 2002a).

Bei den körperlichen Erkrankungen wurden insbesondere dilatative Kardiomyopathie, chronische Lungenerkrankungen, neurologische Erkrankungen, Hypertonus, Diabetes, Inkontinenz, Osteoporose, Schlaganfall und maligne Erkrankungen, aber auch starke Schmerzen, als wichtige Risikofaktoren für Suizid bei Älteren identifiziert (Waern et al. 2002a; Juurlink et al. 2004; Voaklander et al. 2008). Bei Krebserkrankungen war das Suizidrisiko besonders im ersten Jahr nach der Diagnosestellung und bei Metastasierung erhöht (Hem et al. 2004).

3.1.3 Weitere Risikofaktoren

Auf soziale Bedingungen, die eine Selbsttötung im Alter begünstigen oder auch vor ihr schützen können, wird im nächsten Teil noch gesondert eingegangen. Aus epidemiologischen Untersuchungen ist bekannt, dass **Unverheiratete** ein erhöhtes Suizidrisiko haben (siehe Schneider 2003). Bei Frauen nimmt mit steigender Kinderzahl das Suizidrisiko ab; der **Verlust**

von erwachsenen Kindern durch Suizid war bei beiden Elternteilen mit einem erhöhten Suizidrisiko assoziiert (Qin u. Mortensen 2003).

Mehrere Studien zeigten bei **Immigranten** signifikant höhere Suizidraten im Einwanderungsland als in den Herkunftsländern, selbst oft noch Jahrzehnte nach der Einwanderung (siehe Schneider 2003). Das höhere Suizidrisiko bei Migranten kann einerseits durch geringe soziale Integration und die psychosozialen Risiken, die Immigration zur Folge hat, erklärt werden; andererseits wandern in der Regel diejenigen aus, die in ihrem Heimatland wenig zu verlieren haben (Lee 1972).

Bei älteren Menschen waren **spezifische belastende Lebensereignisse** in den letzten 6–24 Monaten mit einem signifikant erhöhten Suizidrisiko assoziiert (Rubenowitz et al. 2001); hierzu zählen besonders körperliche Erkrankungen, familiäre Konflikte und finanzielle Probleme (ebd.). Berentung, Tod in der Familie, Trennung vom Partner oder Einsamkeit konnten in kontrollierten psychologischen Autopsiestudien jedoch nicht als signifikante Risikofaktoren für eine Selbsttötung im Alter identifiziert werden (z. B. Kölves et al. 2006). Da ältere Menschen in der Regel aus dem Berufsleben bereits ausgeschieden sind, spielen beruflicher Status und (Nicht-)Teilnahme am Erwerbsleben als Risikofaktoren für Suizid praktisch keine Rolle.

Ein **früherer Suizidversuch** ist ein Risikofaktor für Suizid. Patienten, die nach einem Suizidversuch in psychiatrische Behandlung kommen, zeigten im Verlauf ein viel höheres Suizidrisiko als die Allgemeinbevölkerung (Harris u. Barraclough 1997; Hawton et al. 2006). Ein bekannter Prädiktor für vollendeten Suizid nach einem Suizidversuch ist höheres Lebensalter; weitere Prädiktoren sind Alleinleben, chronische körperliche Erkrankung, Persönlichkeitsstörung, »harte« Suizidversuchsmethode und wiederholte Suizidversuche (Hawton et al. 2006). Gerade diese Prädiktoren treffen oft auch auf Ältere zu.

Traumatische Erlebnisse wie körperlicher und emotionaler Missbrauch sind mit einem erhöhten Suizidrisiko assoziiert. Kriegsveteranen hatten in den USA gegenüber der Allgemeinbevölkerung ein erhöhtes Risiko, an Suizid zu versterben (siehe Schneider 2003).

Männliches Geschlecht und eine Waffe im Haushalt sind weitere Risikofaktoren für Suizid. Suizid und Suizidversuche bei Freunden oder Angehörigen oder Berichte darüber in den Medien (sog. Cluster-Suizide bzw. Werther-Effekt) können zu suizidalem Verhalten führen (siehe Schneider 2003).

3.2 Schutzfaktoren und soziale Einflüsse

Heute wird der Blick vermehrt auf Fragen gerichtet, warum die Mehrzahl der Menschen **nicht** psychisch krank oder **nicht** von psychischen Krisen überrollt wird. Wir erleben alte Menschen, die eine Vielzahl von Leiden und Schicksalsschlägen erlebt haben und dennoch nicht verzweifelt sind. »Warum schaffen es die meisten alten Menschen, ihr Leben trotz der altersbedingten Probleme zu Ende zu führen ...?« (Erlemeier 2011). Worüber verfügen sie, dass sie noch leben wollen und z. T. auch lebensfroh geblieben sind? Welche Schutzfaktoren hat ein Mensch, um nicht suizidal zu werden? Können innere Schutzfaktoren auch noch später erworben werden, auch von Menschen, die einen Suizidversuch gemacht haben? Inwieweit sind äußere Schutzfaktoren (soziale und öffentliche) hilfreich und werden auch als solche wahrgenommen?

- **Schutzfaktoren sind eine Art Puffer, die Menschen vor einer schädigenden Wirkung bei Risikobedingungen schützen (Rutter 1987), z. B. vor einem Suizidversuch oder Suizid. Wenn ein Suizidversuch schon eingetreten ist, können Schutzfaktoren bewirken, dass es nicht zu einem weiteren kommt.**

Innere Schutzfaktoren sind angeboren oder werden im Laufe der individuellen Entwicklung und Reifung erworben. Sie sind individuell unterschiedlich ausgeprägt. Zudem kann der innere Schutz durch äußere Gegebenheiten (z. B. Vorhandensein von Psychopharmaka oder gefährlichen Gegenständen) situativ oder chronisch verringert sein oder verstärkt werden. Bei älteren Menschen ist bekannt, dass sie durch die Erfahrung mit negativen Beeinträchtigungen auch lernen können, sich adäquat vor weiteren zu schützen. **Äußere Schutzfaktoren** können in der Familie und im sozialen Umfeld vorhanden sein, in der Gesellschaft verankert oder durch Medien verbreitet werden. Ein Schutzfaktor wirkt allerdings nicht universell, sondern stellt den Schutz vor etwas Bestimmtem dar.

Körperliche Gesundheit als Schutzfaktor kann z. B. bei einer akuten Erkrankung diese beeinflussen, nicht aber vor einem Suizidversuch/Suizid schützen. Auch ein intaktes Familienleben ist kein Garant. Zu einfach wäre es auch, Schutzfaktoren auf das bloße Fehlen von Risikofaktoren zu reduzieren (Petermann u. Damm 2009) oder als risikomildernde i. S. einer Abwesenheit von risikoerhöhenden Faktoren zu interpretieren. Zudem lassen sie sich nur z. T. verallgemeinern, da jedes Individuum einmalig von seiner Lebensgeschichte geprägt ist, über unterschiedliche Schutzfaktoren verfügt und die inter- und intraindividuelle Schwankungsbreite der Fähigkeiten und Fertigkeiten alter Menschen sehr groß ist.

Schutzfaktoren sind ein Aspekt der Gesundheit und Lebensqualität. Sie beziehen neben individuellen, sozialen und gesellschaftlichen Aspekten auch Persönlichkeitsmerkmale und Unterstützung durch persönliche sowie professionelle Netzwerke ein. Ein Stressor, z. B. Eintritt einer akuten Erkrankung, kann, vereinfacht ausgedrückt, für eine Person in Abhängigkeit von ihrer Entwicklung, ihrem sozialen Umfeld und der spezifischen Situation durch Risikofaktoren verstärkt oder durch Schutzfaktoren verringert werden. Diese entwickeln sich im Person-Umwelt-Gefüge und wirken stabilisierend. Aus der erfolgreichen Bewältigung von Belastungen können sich neue Schutzfaktoren entwickeln. Je nach Vorhandensein und Ausprägung von personalen Ressourcen, äußerer Unterstützung und individuellen Resilienzfaktoren (Eigenschaften mit einer belastenden Situation adäquat umzugehen und sich nicht »unterkriegen zu lassen«) kann eine Person einen Stressor bewältigen oder beeinträchtigt werden. Vor Suizidalität schützen kann die Fähigkeit, mit Anforderungen in unterschiedlichen, z. T. belastenden und schwierigen Situationen, auf den Alternsprozess (körperlich, kognitiv und psychisch) flexibel und erfolgreich umgehen zu können.

Schutzfaktoren im engeren Sinn lassen sich in »interne/personale« und »externe Dimensionen« unterteilen. Es handelt sich einerseits um individuelle, der Person eigene Faktoren und andererseits um Umweltfaktoren, die ihre protektive Wirkung erst bei Risiken bzw. widrigen Lebensbedingungen entfalten (Sturzbecher u. Dietrich 2007).

3.2.1 Interne Schutzfaktoren

Ein wichtiger Schutzfaktor ist eine genetisch bedingte ausgeglichene körperliche und psychische Gesundheit. Er sorgt bei auftretenden Krisen oder einer akuten Erkrankung dafür, dass die Abwehrkräfte und die Widerstandsfähigkeit des Körpers hierfür voll eingesetzt werden können.

Ein zentraler Schutz vor Suizidalität ist die Fähigkeit, mit Anforderungen in unterschiedlichen, z. T. belastenden und schwierigen Situationen flexibel und adäquat umgehen zu können. Dies bedarf auch einer **reifen Frustrationstoleranz** und einer **optimistischen Lebenshaltung**.

Ähnlich auswirken dürften sich diese Fähigkeiten beim Umgang mit drohenden oder eingetretenen Erkrankungen, Trennungen, Verlusten und drohender Einsamkeit.

➤ **Das als »Altersinvarianzparadox« bekannte Phänomen besagt, dass die subjektive Einschätzung von Gesundheit nicht mit den objektiven Befunden übereinstimmt (Borchelt et al. 1999).**

Eine mögliche Erklärung ist der Befund, dass die Bedeutung des objektiven Gesundheitszustands für dessen subjektive Beurteilung im Alter abnimmt. Dies könnte aber auch ein Zeichen für eine weise Form von Gelassenheit im Sinne einer Ressource sein und damit schützend wirken.

Ein weiterer Schutzfaktor ist das **Kohärenzgefühl** (als ein Kernbegriff der Salutogenese); dieses ist eine Kraft, die Selbstvertrauen schafft, mit alltäglichen Belastungen und belastenden Ereignissen angemessen und fähig umgehen zu können, und einen positiven Zusammenhang mit dem eigenen Leben herstellt. Entscheidend dabei ist auch das Vertrauen, dass sich die Anstrengung lohnt. Ein positiver Zusammenhang zwischen Kohärenzgefühl und Lebenszufriedenheit, sozialer und körperlicher Gesundheit konnte aufgezeigt werden (Brooks 1998). Auch eine Pufferfunktion des Kohärenzgefühls gegen Stresserleben lässt sich belegen (Rennemark u. Hagberg 1999). Einen vorbeugenden Einfluss kann es auch auf das Auftreten von suizidalen Neigungen nehmen (Mehlum 1998).

Für tägliche Auseinandersetzungen mit Umweltgegebenheiten und -veränderungen sind eine aktive **Adaptationsfähigkeit** und **-bereitschaft** weitere günstige Faktoren. Diese verändern sich mit dem Altern und können durch Offenheit, Neugier und Interesse an der sich ändernden Umwelt stabil bleiben.

Deutlich zeigt sich, dass im Alter die Einstellung zu **Religion** und **Spiritualität** als Erfahrungsdimension im Erleben von Transzendenz ein Schutzfaktor ist. Werte- und Normenorientierung sind hiervon abhängig. Werden diese in der Kindheit geprägt und sozialisiert, so müssen sie auch im Alter mit Leben und Stützfunktion gefüllt werden. Eine frühzeitige Auseinandersetzung mit der Frage nach dem Sinn des Lebens kann eher zu einer inneren Stabilität und Ausgeglichenheit führen als die Vermeidung der Beschäftigung mit diesen Fragen, die dann meist mit Lebensangst besetzt ist. Religiöse Einstellung war in einer Untersuchung, die alle Altersgruppen einschloss, ein protektiver Faktor gegen Suizid, jedoch nicht mehr bei Berücksichtigung der Achse I-Störung (Foster et al. 1999). Bei Angehörigen islamischer Religion werden besonders niedrige Suizidraten beobachtet (siehe Schneider 2003).

Das eigene Bild vom Altern und Alter, die aktive und realistische Auseinandersetzung mit dem Älterwerden und Altsein sowie die Fähigkeit, damit verbundene mögliche Einschränkungen zu reflektieren und darin auch Chancen zu sehen, können weitere Schutzfaktoren sein. Insbesondere Neigungen zur narzisstischen Kränkung können sich verringern und auch im Alter ein positiveres Selbstbild begünstigen. Eine kreative und selbstbewusste Auseinandersetzung mit der Endlichkeit und der möglichen Autonomieeinbuße unterstützen die Möglichkeit, Alter auch als Gewinn zu erleben. Sie ist von daher ein stabilisierender Schutz.

Auch der Sinn für **Humor** ist unter die Schutzfaktoren zu zählen. Wichtige Einsichten hat hierzu die »positive Psychologie« geliefert, die sich mit Fragen beschäftigt, was das Leben am meisten lebenswert macht, wie das Leben lebenswerter werden kann oder wie menschliche Stärken ressourcenorientierter eingesetzt werden können (Ruch u. Proyer 2010). Positives Erleben (z. B. Zufriedenheit), positive Persönlichkeitszüge (z. B. Tugenden, Charakterstärken,

Begabungen) und positiv erlebte Institutionen (z. B. Familien, neuere Wohnformen im Alter) sind die Bereiche, in denen Quellen für Schutzfaktoren zu finden sind. Belegt werden kann, dass Humor als Charakterstärke mit dem Lebensalter ansteigt und mit der Lebensqualität korreliert (Ruch et al. 2010). Auch eine optimistische Lebenseinstellung sowie ein positiver Denkstil, dass Situationen positiv beeinflusst werden können und damit eine Erhöhung des Selbstwertgefühls einhergeht, können eine Rolle als Schutzfaktor spielen (Forstmeier et al. 2005; Schliehe et al. 2000; Vaughn 2001).

3.2.2 Externe Schutzfaktoren

Eine enge und stabile **familiäre Bindung** und **Beziehung mit dem Partner** oder einem anderen engen Familienmitglied dürfte ein besonders effektiver Schutzfaktor sein. Ein lebendiges Familienklima mit klaren Strukturen und Regeln, Gefühlsoffenheit, gegenseitigem Respekt und relativer Autonomie wirkt schützend. Hierzu gehört, dass man selbst aktiv in diesen persönlichen Netzwerken lebt, Verpflichtungen sowie Aufgaben übernimmt und auch für andere da ist.

Nicht zu unterschätzen sind die lebenslang wirkenden **Rollenvorbilder** aus der Jugend. Waren diese gefühlsfähig, vertrauensvoll, zuverlässig, lebensbejahend und stabil, so bieten diese eine Grundlage für das Vertrauen in die Welt und können in schwierigen Situationen ausgleichend wirken.

Einer der wichtigsten äußeren Schutzfaktoren ist die **soziale Unterstützung**. Vereinfacht ausgedrückt umschreibt diese Sammelbezeichnung Personen, Interaktionen und Erlebnisse, die einer bestimmten Person das Gefühl geben, geliebt, geachtet, umsorgt zu sein und in zuverlässigen Beziehungen zu stehen (Forstmeier et al. 2005; Laireiter et al. 2001). Die Infrastruktur für die Bereitstellung und Inanspruchnahme sind die persönlichen und professionell helfenden **sozialen Netzwerke**.

Die Annahme von Hilfen, von Beratung, Vorsorge und Behandlung sind weitere stabilisierende Faktoren. Notwendig ist, im regionalen Netz diesbezügliche Einrichtungen vorzuhalten (z. B. Altenberatung, kommunale Altenhilfe) und diese zu kennen, aufzusuchen und über die Kompetenz zu verfügen, rechtzeitig Hilfe in Anspruch nehmen zu können. Auch »präventive Hausbesuche im Alter« (Bundesvereinigung für Gesundheit e. V. 2006) können frühzeitig erkennen lassen, wo Hilfe notwendig ist.

Eine ausreichende und barrieregerechte Wohn- und Umgebungssituation, die Möglichkeit, den öffentlichen Verkehr zu nutzen, und eine ausreichende finanzielle Basis für einen angemessenen Lebensstandard können vor Rückzug, Isolation und Vereinsamung im Alter schützen. Diese Vorbedingungen sind jedoch nicht immer gegeben. So ist die finanzielle Basis für alleinstehende Frauen mit geringen Rentenansprüchen oft kritisch. Die Risiken für »**Altersarmut**« können sich in Zukunft noch erhöhen. (► Kap. 1).

Die Teilnahme am gesellschaftlichen und politischen Leben, die Inanspruchnahme von regional sehr unterschiedlichen Angeboten für Senioren wie z. B. Seniorenakademie, Volkshochschule, Sportverbände, ehrenamtliche Aufgaben u. a. sind weitere nicht zu unterschätzende Schutzfaktoren. Sie verringern die Gefahr zunehmender Einsamkeit und Vereinzelung alter Menschen (viele von ihnen leben in Einpersonenhaushalten) und führen zu einer personellen Vernetzung mit Altersgleichen, aber auch mit jüngeren Menschen. Insbesondere Aufgaben und Tätigkeiten, die intergenerativ angelegt sind und soziale Integration fördern, dürften schützend wirken.

Das Bild des Alters und des alten Menschen in der Gesellschaft wirkt auf den Einzelnen positiv oder negativ. Die immer noch eher einseitige »alterslastige« Diskussion zum demografischen Wandel kann zur Verunsicherung des Selbstbildes eines alten Menschen und seines Wertes führen (der sog. **Bilanzsuizid** mag darin eine seiner Wurzeln haben). Gesellschaftspolitisch sollte eher auf die Kenntnisse und den Erfahrungsschatz alter Menschen verwiesen werden und der Altersdiskriminierung (Stichwort »Ageism«) entgegengewirkt werden. Allgemeine Wertschätzung des Alters ist ein Schutzfaktor und liegt im Interesse aller. Er ist ein gesellschaftlicher, altersunabhängiger und kultureller Schutzfaktor, der in Zukunft immer bedeutsamer wird (Stichwort »Neue Rollenbilder des Alters«).

Eine sachliche und nicht skandalisierende, verantwortungsvolle Berichterstattung, die auf Vorbedingungen und Hintergründe der Suizidalität im Alter eingeht (z. B. auch auf den »Papa-geno-Effekt«), intensiver auf regionale, insbesondere niederschwellige Hilfsangebote hinweist und diese auch anwenderorientiert zugänglich macht, sind schließlich Schutzfaktoren, die Medien und Öffentlichkeitsarbeit leisten können.

3.2.3 Schutzfaktoren haben Schlüsselfunktion

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. Sie erschweren den Ausbruch oder die Manifestation einer oder mehrerer körperlicher oder psychischer Störungen. Sie erhöhen die Wahrscheinlichkeit, Stressoren besser zu verarbeiten und können die Effekte einer Risikobelastung abschwächen, kompensieren oder aufheben. Sie können die Neigung zur Suizidalität verringern oder nach einem Suizidversuch eine positive Lebenseinstellung und Zukunftserwartung im Alter fördern. Im günstigsten Fall verhindern sie, suizidale Tendenzen als einzige Handlungsmöglichkeit überhaupt aufkommen zu lassen. Vorteilhaft ist, wenn eine Person in einer belastenden Situation über mehrere Schutzfaktoren, innere wie äußere, verfügt. Sie können sich gegenseitig verstärken und damit einen verbesserten Schutz geben. Eine gefährdete Person kann so seine Ressourcen effektiver und erfolgversprechender einsetzen.

Literatur

- Borchelt M, Gilberg R, Horgas AL, Geiselman B (1999) Zur Bedeutung von Krankheit und Behinderung im Alter. In: Mayer KU, Baltes PU (Hrsg) Die Berliner Altersstudie. Akademie, Berlin, S 449–474
- Brooks JD (1998) Salutogenesis, successful aging, and the advancement of theory on family caregiving. In: Thompson EA (Hrsg) Stress, coping, and health in families: Sense of coherence and resiliency. Resiliency in families series, Vol 1. Sage, Thousand Oaks CA, S 227–248
- Bundesvereinigung für Gesundheit e. V. (2006) Experten-Hearing "Präventiver Hausbesuch im Alter" – Dokumentation. Ref Type: Internet Communication. ► <http://www.bvgesund.de>. Zugriffen: 31.3.2014
- Cheng AT (1995) Mental illness and suicide. A case-control study in east Taiwan. Arch Gen Psychiatry 52:594–603
- Chiu HF, Yip PS, Chi I, et al (2004) Elderly suicide in Hong Kong – a case-controlled psychological autopsy study. Acta Psychiatr Scand 109:299–305
- Conner KR, Beautrais AL, Conwell Y (2003) Risk factors for suicide and medically serious suicide attempts among alcoholics: analyses of Canterbury Suicide Project data. J Stud Alcohol 64:551–554
- Conwell Y, Olsen K, Caine ED et al (1991) Suicide in later life: psychological autopsy findings. Int Psychogeriatr 3:59–66

- Conwell Y, Van OK, Caine ED (2011) Suicide in older adults. *Psychiatr Clin North Am* 34:451–68, ix
- Erlemeier N (2011) Suizidalität und Suizidprävention im höheren Lebensalter. Kohlhammer, Stuttgart
- Forstmeier S, Uhlenndorff H, Maercker A (2005) Diagnostik von Ressourcen im Alter. *Z Gerontol Psychol Psychiatr* 18:227–257
- Foster T, Gillespie K, McClelland R et al (1999) Risk factors for suicide independent of DSM-III-R Axis I disorder. Case-control psychological autopsy study in Northern Ireland. *Br J Psychiatry* 175:175–179
- Harris EC, Barraclough B (1997) Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 170:205–228
- Harris EC, Barraclough B (1998) Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry* 173:11–53
- Harwood D, Hawton K, Hope T et al (2001) Psychiatric disorder and personality factors associated with suicide in older people: a descriptive and case-control study. *Int J Geriatr Psychiatry* 16:155–165
- Haw C, Harwood D, Hawton K (2009) Dementia and suicidal behavior: a review of the literature. *Int Psychogeriatr* 21:440–453
- Hawton K, Sutton L, Haw C et al. (2005) Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *Br J Psychiatry* 187:9–20
- Hawton K, Harriss L, Zahl D (2006) Deaths from all causes in a long-term follow-up study of 11,583 deliberate self-harm patients. *Psychol Med* 36:397–405
- Hem E, Loge JH, Haldorsen T et al (2004) Suicide risk in cancer patients from 1960 to 1999. *J Clin Oncol* 22:4209–4216
- Hilbert A, de Zwaan M, Brähler E (2012) How frequent are eating disturbances in the population? Norms of the eating disorder examination-questionnaire. *PLoS One* 7:e29125
- Hiroeh U, Appleby L, Mortensen PB et al (2001) Death by homicide, suicide, and other unnatural causes in people with mental illness: a population-based study. *Lancet* 358:2110–2112
- Johnson J, Wood AM, Gooding P et al (2011) Resilience to suicidality: The buffering hypothesis. *Clin Psychol Rev* 31:563–591
- Juurlink DN, Herrmann N, Szalai JP et al (2004) Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Arch Intern Med* 164:1179–1184
- Kõlves A, Varnik A, Schneider B et al (2006) Recent life events and suicide: a case-control study in Tallinn and Frankfurt. *Soc Sci Med* 62:2887–2896
- Laireiter AR, Baumann U, Stieglitz RD (2001) Soziodiagnostik: Soziales Netzwerk, Soziale Unterstützung und Soziale Anpassung. In: Stieglitz RD, Baumann U, Freyberger HJ (Hrsg) *Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie*. Thieme, Stuttgart, S 210–228
- Lee ES (1972) Eine Theorie der Wanderung. In: Széll G (Hrsg) *Nymphenburger Verlagshandlung, München*, S 115–129
- Mehlum L (1998) Suicidal ideation and sense of coherence in male conscripts. *Acta Psychiatr Scand* 98:487–492
- Petermann F, Damm F (2009) Entwicklungspsychopathologie. In: Schneider S, Markgraf J (Hrsg) *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, Bd 3. Springer, Heidelberg, S 23–42
- Pschyrembel (2012) *Klinisches Wörterbuch*. De Gruyter, Berlin
- Qin P, Mortensen PB (2003) The impact of parental status on the risk of completed suicide. *Arch Gen Psychiatry* 60:797–802
- Rennemark M, Hagberg B (1999) What makes old people perceive symptoms of illness? The impact of psychological and social factors. *Aging Ment Health* 3:79–87
- Rubenowitz E, Waern M, Wilhelmson K et al (2001) Life events and psychosocial factors in elderly suicides – a case-control study. *Psychol Med* 31:1193–1202
- Ruch W, Proyer RT (2010) Positive Interventionen: Stärkenorientierte Ansätze. In: Frank R (Hrsg) *Therapieziel Wohlbefinden*. Springer, Berlin, S 83–92
- Ruch W, Proyer RT, Weber M (2010) Humor as a character strength among the elderly. Empirical findings on age-related changes and its contribution to satisfaction with life. *Z Gerontol Geriatr* 43:8–12
- Rutter M (1987) Psychosocial resilience and protective mechanisms. *Am J Orthopsychiatry* 57:316–331
- Schliehe F, Schäfer H, Buschmann-Steinhage R et al (2000) Aktiv Gesundheit fördern. Schattauer, Stuttgart
- Schneider B (2003) Risikofaktoren für Suizid. Roderer, Regensburg
- Schneider B (2009) Substance use disorders and risk for completed suicide. *Arch Suicide Res* 13:303–316
- Sturzbecher D, Dietrich PS (2007) Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Interdisziplinäre Fachzeitschrift der DGgKV* 10:3–30
- Vaughn S (2001) *Halb leer? Halb voll! Die Wurzeln des Optimismus*. DTV, München

- Voaklander DC, Rowe BH, Dryden DM et al (2008) Medical illness, medication use and suicide in seniors: a population-based case-control study. *J Epidemiol Community Health* 62:138–146
- Waern M (2003) Alcohol dependence and misuse in elderly suicides. *Alcohol Alcohol* 38:249–254
- Waern M, Rubenowitz E, Runeson B et al (2002a) Burden of illness and suicide in elderly people: case-control study. *BMJ* 324:1355
- Waern M, Runeson BS, Allebeck P et al (2002b) Mental disorder in elderly suicides: a case-control study. *Am J Psychiatry* 159:450–455
- Wasserman D (2001) A stress-vulnerability model and the development of the suicidal process. In: Wasserman D (Hrsg) *Suicide. An unnecessary death*. Martin Dunitz, London GB, S 13–27

Erklärungsansätze

Sylvia Schaller, Martin Teising, Reinhard Lindner, Claus Wächtler

- 4.1 Allgemeines – 48**
- 4.2 Psychoanalytische Ansätze – 48**
- 4.3 Verhaltenstherapeutische Ansätze – 50**
- 4.4 Transaktionales (multifaktorielles) Erklärungsmodell
 der Alterssuizidalität – 51**
 - 4.4.1 Personvariablen – 51
 - 4.4.2 Umweltbedingungen – 53
 - 4.4.3 Verhalten – 54
- Literatur – 55**

4.1 Allgemeines

Bisher vorliegende sog. ätiologische Modelle zur Erklärung suizidalen Verhaltens schreiben jeweils einzelnen Bedingungen eine vorherrschende Rolle zu. Man kann daher unterscheiden zwischen

- biologischen Erklärungsansätzen (z. B. Veränderungen des Transmittersystems, organische Veränderungen),
- somatischen Erklärungsansätzen (v. a. akute und chronische Erkrankungen),
- personalen Erklärungsansätzen (Persönlichkeit, Interaktionsstile, Entwicklungsprozesse) sowie
- umweltbedingten (soziologischen) Erklärungsansätzen (sozialstrukturelle, gesellschaftliche, familiäre Bedingungen).

Biologisch-somatische Erklärungsansätze betonen v. a. dispositionelle Bedingungen, die zu psychischen Erkrankungen führen, die wiederum suizidales Verhalten begünstigen. Personale Erklärungsversuche umfassen persönlichkeitspsychologische, entwicklungspsychologische und verhaltenspsychologische Modelle. Für suizidales Verhalten liegen bisher v. a. psychodynamische und verhaltenstheoretische Erklärungsversuche vor. Allgemeine entwicklungspsychologische Aspekte werden in ► Kap. 1 diskutiert.

4.2 Psychoanalytische Ansätze

Psychoanalytische Therapie (auch psychodynamische oder tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) untersucht und bearbeitet den Einfluss, den unbewusste Wünsche und Ängste auf das bewusste Erleben und Handeln ausüben. Sie bleibt dabei nicht in der Aufarbeitung unbewältigter Kindheitserlebnisse stehen, sondern deckt deren anhaltende unbewusste wie bewusste Wirkung auf das Leben des Patienten auf. Besonders durch die Analyse des Patient-Therapeut-Verhältnisses versucht die psychoanalytische Therapie der Bedeutung »unsinnig« erscheinender Vorstellungen, Handlungsweisen oder Symptome, wie z. B. der Suizidalität, auf die Spur zu kommen. Dadurch hilft sie dem Einzelnen, mit bisher abgewehrten unbewussten Tendenzen wieder in Berührung zu kommen. Die Nachhaltigkeit psychoanalytischer Therapie kann in der »Nachentwicklung« des veränderten Blicks auf sich selbst und wichtige andere Personen gesehen werden. Ziel der Behandlung ist ein Zugewinn an Freiheitsgraden des persönlichen Erlebens und Handelns und damit auch an Beziehungsfähigkeit.

Psychoanalytische Grundprinzipien der Psychotherapie älterer Suizidgefährdeter orientieren sich an der Annahme, dass sich die Suizidalität in der Beziehung zwischen dem Patienten und dem Therapeuten zeigt. Nicht unbedingt, indem der Patient anhaltend über seine Suizidalität spricht, jedoch in der Art und Weise, wie er den Therapeuten behandelt und wie dieser auf die »Behandlung« durch den Patienten reagiert. Diese »Verstrickungen« (Klüwer 2001) finden unweigerlich statt, erst später können sie erkannt und gelöst werden.

Dies geschieht, indem der Therapeut sich beständig fragt:

- Wie behandelt mich der Patient und wie reagiere ich auf ihn?
- Was sagt der Patient und wie handelt er? Gibt es da Widersprüche?
- Welche Konflikte kann ich in diesen Widersprüchen erkennen?

Zunächst also kann ein Psychotherapeut nur wachsam für sich und den Patienten zuhören, das Gesagte aufnehmen und innerlich Verknüpfungen anstellen zwischen

- dem suizidalen Erleben des Patienten,
- dazu passenden lebensgeschichtlichen Ereignissen und Beziehungsmustern und
- der Art der Beziehungsgestaltung durch den Patienten in der Therapie (vergl. Menninger et al. 1977).

Um über derartige Erkenntnisse dann ins Gespräch zu kommen, bedarf es zunächst der grundsätzlichen Erfahrung einer haltgebenden, achtsamen, akzeptierenden und unerschütterlichen Zuwendung, wie dies in der Krisenintervention und jeder Art der Psychotherapie notwendig ist. Die abgewehrten Erfahrungen und Gefühle von Aggression, Wut, Verzweiflung, Schuld und Scham, wie auch der Kränkungen und Verlusterfahrungen können dann mit dem Patienten besprochen werden, wenn dieser sich ausreichend gehalten fühlt. Der Zugewinn für den Patienten liegt darin, sich mit dem bisher Unerträglichen, Verdrängten und Vergessenen zunächst in der therapeutischen Beziehung, dann aber auch in anderen Beziehungen zu zeigen und sich darin mit sich selbst und anderen verbundener zu fühlen.

➤ **Suizidalität lässt sich verstehen als Ausdruck der Zuspitzung einer seelischen Entwicklung, in der der Mensch verzweifelt über sich selbst, sein eigenes Leben ist und keine Hoffnung und Perspektiven sieht.**

Aus einer psychoanalytischen, objektbeziehungstheoretischen Perspektive führen die dem Bewusstsein meist zugänglichen Auslöser suizidalen Erlebens (z. B. Trennungs- und Kränkungerfahrungen) zur Labilisierung der bis dahin funktionsfähigen Abwehr. Eine **Regression** auf entwicklungspsychologisch früher angesiedelte Formen der Abwehr (z. B. auf Spaltungsprozesse) und die **Reaktualisierung früher intrapsychischer Konflikte** (um Aggression, Autonomie und Abhängigkeit) sowie **Reinszenierungen** konflikthafter dyadischer Beziehungserfahrungen führen zu einem konflikthaften Erleben von tiefster Ohnmacht und massivem Handlungsdruck (Gerisch et al. 2000).

Empirische Befunde zu biografisch determinierten Ursachen von Suiziden im Alter sind sehr spärlich. Trennung durch den Tod langjähriger Lebenspartner, psychiatrische Erkrankungen (insbesondere Substanzmittelmissbrauch) und Trennungserfahrungen in Kindheit und Jugend sind bei älteren Suizidenten häufig (Duberstein et al. 1998).

Im Vergleich jüngerer mit älteren suizidalen Personen wird ein grundlegender Aspekt besonders deutlich: Während der jüngere, heranwachsende Mensch seinen Selbstwert und seine Identität zu entwickeln und zu stabilisieren sucht, versuchen der ältere und der sehr alte Mensch diese zu bewahren und zu erhalten. Die Erfahrung des **Angegriffenseins** und die **Verletzbarkeit** im höheren Lebensalter sind in unserem heutigen Gesellschaftssystem besonders hoch, so dass Ressourcen rasch aufgebraucht zu sein scheinen (Götze 2004)

Vor diesem Hintergrund kann Suizidalität Ausdruck eines lebenslangen Themas sein, das auch im Alter weiter wirksam ist. Zum anderen aber kann Suizidalität **altersspezifische Auslöser** haben. Hier nehmen **Trennungserfahrungen** einen besonderen Stellenwert ein:

- Verlust an beruflicher Identität,
- Veränderungen in der Beziehung zum eigenen Körper und seinen Funktionen,
- Bedrohung durch Krankheit und Tod,
- Veränderungen der interpersonellen Beziehungen.

Wie auch bei den Auslösern in anderen Lebensabschnitten gilt hier: Die genannten Erfahrungen sind ubiquitär. Suizidal aber werden nur einige Menschen in diesen Situationen. Diese Personen unterscheiden sich von Nichtsuizidalen in ihren, im gesamten Lebensverlauf ausgeprägten, Verarbeitungsmustern von Beziehungserfahrungen, die ihren Anfang in Kindheit und Jugend hatten. Zentrale Komponenten dieser Erfahrungen sind Verluste und aggressiv-destruktive Interaktionen.

Teising (1999) versteht die Suizidalität, insbesondere alter Männer, vor dem Hintergrund einer lebenslang bestehenden labilen Geschlechtsidentität, hervorgerufen durch eine besonders destabilisierende Art der De-Identifizierung vom mütterlichen Primärobjekt während der Zeit der frühen Triangulierung, die den alten Mann gerade für körpernahe Verlusterfahrungen verletzlich macht und existenzielle Zerstörungsgefühle reaktualisiert. Er beruft sich auf Freud (1923), indem er die wachsende Bedeutung des Körpers als Organisator des Psychischen benennt. Unerträgliche Affekte, besonders verknüpft mit der Erfahrung der Abhängigkeit und des Ausgeliefertseins, würden in den Körper projiziert und abgespalten (Heuft et al. 2000; Lindner 2010).

4.3 Verhaltenstherapeutische Ansätze

Verhaltenstheoretisch fundierte Erklärungen abweichenden Verhaltens versuchen, Verhalten als Funktion von Lernen sowie der dem suizidalen Verhalten vorhergehenden und nachfolgenden Situationsbedingungen zu definieren (vgl. ausführlich Schmidtke 1988).

- **Als Auslösebedingungen werden in einem verhaltenstheoretischen Modell suizidalen Verhaltens Situationen definiert, denen sich das Individuum entziehen will, weil keine Veränderung der Situation durch andere Maßnahmen möglich erscheint bzw. die es modifizieren und durch den Einsatz des eigenen Lebens verändern will.**

Die Reaktion der **Umwelt** (Konsequenz) auf eine suizidale Handlung kann somit im verhaltenstheoretischen Sinne verstärkend wirken, wenn auf den Suizidversuch vermehrte Zuwendung folgt, die Lebenssituation des Suizidenten sich verbessert und Hilfe von der Umwelt erwartet und erhalten wird (»Schrei nach Hilfe«). So wird z. B. verhaltenstheoretisch die erhöhte Suizidversuchsrate junger Menschen erklärt, da durch eine schnelle Konfliktbeendigung oder -bewältigung suizidales Verhalten kurzfristig als nahezu hundertprozentig effektiv bezeichnet werden kann. Langfristig ruft es bei Sozialpartnern jedoch mit großer Wahrscheinlichkeit ebenfalls inadäquates Sozialverhalten (Abwehr, Ärger etc.) hervor, wodurch die Kommunikation und Konfliktbewältigungsmöglichkeiten sich weiter reduzieren.

Bei suizidalen Handlungen älterer Menschen kann im Gegensatz zu denen jüngerer Menschen angenommen werden, dass diese oft keine Möglichkeiten zu einer Änderung oder Lösung der Situation mehr sehen, sondern die Probleme des jetzigen Lebens – irreversibel – durch die suizidale Handlung beseitigen wollen. Positive Konsequenzen von Seiten der Umwelt werden nicht (mehr) erwartet, sondern allenfalls Belohnungen im Jenseits, z. B. wird eine Vereinigung mit geliebten Personen antizipiert.

Zur Erklärung, warum im Einzelfall suizidale Handlungen als Problemlösungsstrategien herangezogen werden, wird der **individuellen Lerngeschichte** und dem damit interagierenden Verhaltensrepertoire eine besondere Rolle zugeschrieben. So finden sich bei Personen mit einer Neigung zu suizidalen Handlungen oft Hinweise auf (z. T. nur subjektiv) mangelhafte Problembewältigungsstrategien, ungenügende Fähigkeiten, Emotionen auszudrücken, man-

gelndes bzw. falsches Kommunikationsverhalten, geringe Frustrationstoleranz oder geringe Fähigkeit, alternative Lösungsmöglichkeiten zu sehen. Die durch das eingeschränkte Verhaltensrepertoire mangelhafte Fähigkeit, Probleme zu lösen oder adäquate Kommunikation aufzunehmen und aufrechtzuerhalten, bewirkt dann oft einen Circulus vitiosus.

- **Die Einengung und Isolierung kann bei gleichzeitiger Erwartung der Problemlösung durch andere zunehmen, da trotz der Ablehnung von Sozialkontakten implizit ein verstärkter (sehr affektbesetzter) Wunsch nach solchen Kontakten und positiver Verstärkung durch Sozialpartner vorhanden sein kann.**

Die suizidale Reaktion kann aber v. a. bei alten Menschen auch als Krisenreaktion verstanden werden, d. h. als Reaktion auf eine Konfrontation mit Lebensumständen, welche die durch frühere Erfahrung erworbenen Fähigkeiten, diese Situation zu meistern, überfordern.

■ Fazit

In verhaltenstheoretischen Modellvorstellungen werden suizidale Verhaltensweisen als subjektiv sinnvolle Problemlösungsstrategien angesehen, wenn sich eine Person in einer Situation befindet, in der Auslösebedingungen, Reaktionsalternativen und (mögliche) Konsequenzen der Handlungen nur in einer bestimmten, eingeschränkten Art und Weise wahrgenommen werden und die suizidale Handlung als einzige (plausible) Handlungsalternative i. S. einer »Belastungsregulation« übrig bleibt. Suizidale Handlungen werden wahrscheinlicher, wenn die antizipierten Konsequenzen durch den Tod diejenigen, die noch im Leben erwartet werden, überwiegen bzw. in ihrer Gesamtheit »positiver« sind. Vor allem einsame, kranke, depressive und mit Problemen aller Art belastete alte Menschen, für die sie subjektiv keine Lösung sehen, antizipieren oft positive Konsequenzen »im Jenseits« (Schmidtke u. Schaller 1992).

Allgemeine Modelle zur Entstehung suizidalen Verhaltens können jeweils allein die überproportionale Betroffenheit alter Menschen jedoch nur unzureichend erklären. In sog. **transaktionalen Modellen** werden daher eine vielfache gegenseitige Abhängigkeit und wechselseitige Beeinflussung von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren angenommen. Ein solches transaktionales, multifaktorielles Modell der Alterssuizidalität soll im Folgenden vorgestellt werden (Schaller 2008).

4.4 Transaktionales (multifaktorielles) Erklärungsmodell der Alterssuizidalität

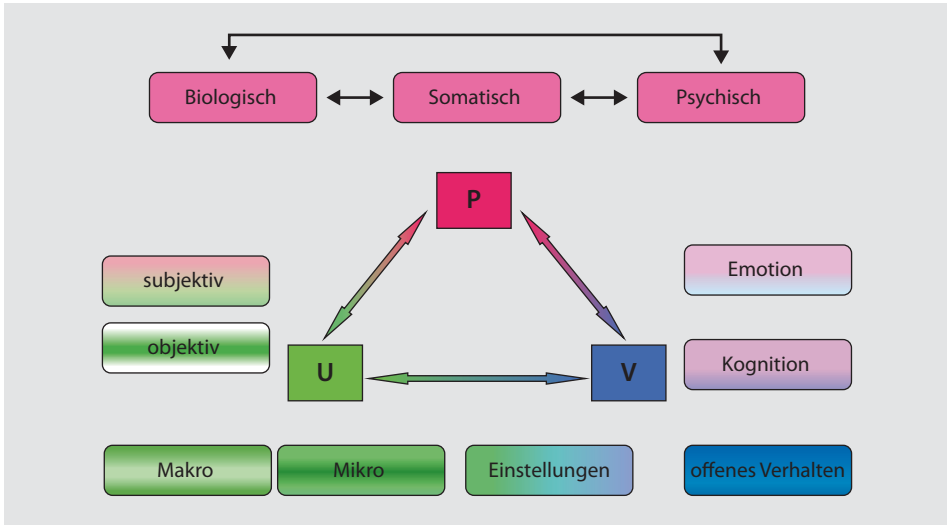
Zur Veranschaulichung ■ Abb. 4.1.

4.4.1 Personvariablen

Biologische und somatische Bedingungen

Auch bei alten Menschen sind in erster Linie psychiatrische, v. a. depressive, Erkrankungen als wesentliche Bedingung für das Auftreten suizidaler Handlungen zu nennen.

- **Daten der Berliner Altenstudie ergaben, dass etwa 20 % der befragten älteren Menschen Todeswünsche bzw. Suizidideen äußerten (Barnow u. Linden 2000).**



■ **Abb. 4.1** Transaktionales Modell des Alterssuizids. (Mod. nach Schaller 2008)

Vor allem die Diagnose einer Major Depression führte zu einem erhöhten Risiko für Suizidideen. Die Rate psychiatrischer, überwiegend dem affektiven Formenkreis zugehöriger, Diagnosen bei alten Menschen mit suizidalem Verhalten lag bei 95 %. Eine Reihe von Befunden legt allerdings nahe, dass bei Depressionen in höherem Alter, anders als in jüngeren Altersgruppen, auch organische Veränderungen des Kortex eine Rolle zu spielen scheinen.

Physische Erkrankungen, insbesondere altersbedingt reduzierte muskuloskelettale Funktionen, Herz- und Magen-Darm-Erkrankungen, die als psychisch besonders belastend empfunden wurden, wurden von älteren Suizidenten vermehrt als Motiv für ihre suizidale Handlung angegeben. Das Suizidrisiko war bei Vorliegen einer objektiven physischen Erkrankung bei Männern größer als bei Frauen. Außerdem scheinen v. a. chronische Beeinträchtigungen suizidale Handlungen zu begünstigen, während akute letale Erkrankungen eine eher geringe Rolle zu spielen scheinen.

Auch Veränderungen des endokrinen Systems (insbesondere der HPA-Achse) bei älteren Menschen und dadurch beeinträchtigte Stressreaktionen sind zu berücksichtigen, weil alte Menschen aufgrund der nachlassenden Reagibilität und Plastizität des endokrinen Systems weniger fähig sind, mit inneren und äußeren Stressoren umzugehen.

Folge multimorbider Krankheitszustände sind oft auch **chronische Schmerzen**, die daher auch zu den bedeutendsten Stressoren im Alter gezählt werden. Neben objektiv vorhandenen Veränderungen scheint auch ein verändertes Schmerzempfinden eine Rolle zu spielen. Eine höhere Auftretsrates von Schmerzen und körperlichen Beeinträchtigungen geht bei alten Menschen wiederum verstärkt mit depressiver Symptomatik einher.

- Es gibt andererseits Hinweise, dass der Zusammenhang zwischen körperlichen Beeinträchtigungen und Depression mit zunehmendem Alter geringer wird, weil gesundheitliche Einschränkungen von sehr alten Menschen erwartet und auch weitgehend akzeptiert werden.

Persönlichkeitsspezifische Bedingungen

Persönlichkeitsmerkmale werden zwar im Allgemeinen als sehr stabil eingeschätzt, Veränderungen von Persönlichkeitsmerkmalen sind jedoch bis ins hohe Alter möglich, wenn auch zunehmend langsamer. Mit dem Alter werden die Menschen z. B. weniger offen für neue Erfahrungen, weisen aber eine zunehmend erhöhte Gewissenhaftigkeit und Verträglichkeit auf.

Die Erfahrung von Krankheit, Beeinträchtigung, Funktionsverlust und Schwäche im Alter kann auch zu reaktiven Persönlichkeitsveränderungen und zu einer Akzentuierung und Verfestigung von Personeneigenschaften führen. Prämorbidie Persönlichkeitszüge können dabei sowohl als protektive Faktoren wie auch als Risikofaktoren für Erkrankungen, Behinderungen und Sterblichkeit bei alten Menschen angesehen werden.

Allerdings muss berücksichtigt werden, dass bedeutsame Veränderungen der Persönlichkeit im höheren Alter häufig mit Erkrankungen des Gehirns verbunden sind.

4.4.2 Umweltbedingungen

Aktuell belastende Lebensereignisse, soziale Stresssituationen und Krisensituationen bzw. -zustände, denen sich das Individuum entziehen will und bei denen keine Veränderung durch andere Maßnahmen möglich scheint, werden auch in allgemeinen Modellen zur Erklärung suizidalen Verhaltens als wesentliche Risikobedingungen für suizidales Verhalten gezählt. Die Belastung durch diese Stressoren ist allerdings interindividuell sehr verschieden.

Altersbedingte körperliche und psychische Einschränkungen interagieren mit einer sozialen Umwelt, in der »Jugendlichkeit« einen hohen Stellenwert hat und »Alter« negativ besetzt ist. Alte Menschen können aufgrund einer oft geringeren Flexibilität den Anforderungen einer Gesellschaft, in der Globalität, Vernetzung sowie schnelle Veränderungen vorherrschen, meist nicht mehr genügen. Autonomie und Kompetenz des alten Menschen werden dagegen häufig nicht respektiert.

Auf der **gesellschaftlich-politischen Ebene** werden die Auswirkungen der demografischen Veränderungen und zunehmend eingeschränkten Ressourcen problematisiert und z. B. auch die **Wirtschaftlichkeit** medizinischer Maßnahmen bei Hochbetagten diskutiert.

Der **demografische Alterungsprozess** führt auch zur Veränderung familialer Lebensformen. Der Anteil alter Menschen, die über kein familiäres Netzwerk mehr verfügen, wird in den nächsten Jahren noch weiter ansteigen. Bereits heute zeigt sich bei psychologischen Autopsien an Suizid verstorbener älterer Menschen, dass diese seltener und weniger Geschwister hatten sowie seltener verheiratet waren und Kinder hatten.

Mit zunehmendem Alter vermindert sich die Anzahl der Freunde. Durch den Tod von Altersgenossen verliert der alte Mensch zudem Ressourcen, die über den bloßen Wegfall sozialer Kontakte hinausgehen (i. S. eines Verlusts »geteilter Erinnerungen«) und auch durch neue Kontakte nicht ausreichend kompensiert werden können. Eine Verschärfung der Krise kann entstehen, wenn der alte Mensch zusätzlich durch **drohende Institutionalisierung** aus seiner vertrauten Umgebung herausgerissen zu werden befürchtet. Eine derartige Veränderung der Lebenssituation kurz vor dem Suizidversuch ist v. a. bei Männern zu finden, während bei Frauen kein großer Unterschied feststellbar ist (Schmidtke et al. 2004).

Bei suizidalen alten Menschen finden sich auch häufig Konflikte im **näheren familiären Umfeld**. Dies ist insofern bedeutsam, als die relevanten Bezugspersonen alter Menschen meist im engeren Familienkreis zu finden sind. Alte Menschen, die mit ihren erwachsenen Kindern

zusammenleben, haben jedoch eher das Gefühl, nicht mehr gebraucht zu werden und empfinden mit zunehmendem Alter immer stärker Autoritätsverlust und Rollenunsicherheit gegenüber den sie versorgenden Kindern.

Einkommen, Bildung, emotionale und soziale Einsamkeit, physische Beeinträchtigung oder die Größe des sozialen Netzwerks scheinen dagegen bei Suizidgedanken bzw. Todeswünschen eine eher untergeordnete Rolle zu spielen. Dies weist darauf hin, dass nicht so sehr die objektiven Merkmale wie Kontaktdichte und -häufigkeit, sondern die subjektive Bewertung aufgrund personenspezifischer Bedingungen relevant sind (Kruse 1997).

Die von Hagenbuchner (1967) angeführten Gedenktagssuizide bzw. die von Wohner et al. (2005) beschriebenen Suizide an Orten, mit denen positive Erinnerungen verknüpft sind, können als antizipierte Konsequenzen i. S. einer »Wiedervereinigung« gewertet werden.

Die abwehrende Einstellung breiter Gesellschaftsschichten zu Tod und Krankheit spiegelt sich auch in der Frage des Alterssuizids wider. Während suizidales Verhalten bei jüngeren Leuten auf Unverständnis und Ablehnung trifft, wird der Suizid alter Menschen häufig akzeptiert und das Leben alter Menschen als nicht mehr »sinnvoll« und »lebensunwert« etikettiert, er »erscheint vielfach naheliegend und verständlich« (Anger 1977, S. 77). Verhaltensregulierende soziale Normen verlieren daher bei alten Menschen ihre suizidhemmende Wirkung. Suizidales Verhalten bei alten Menschen wird vom Umfeld oft als Ausdruck freier Selbstbestimmung und im Sinne einer »Bilanzziehung« gesehen, was jedoch in den meisten Fällen infrage gestellt werden kann.

► **»Sterbehilfe« wird v. a. von jüngeren Leute im Falle von Alter und psychischer wie körperlicher Krankheit signifikant häufiger befürwortet als von alten Menschen selbst (vgl. Schröder et al. 2003).**

4.4.3 Verhalten

Der alte Mensch, der die negativen Einstellungen der Gesellschaft zum Alter übernimmt, entwickelt mit höherer Wahrscheinlichkeit Symptome von Angst oder Aggression. Psychologische Autopsiestudien zeigten z. B., dass Angststörungen bei alten Menschen mit Suizidalität einhergehen können (Waern et al. 2002). Er traut sich nichts mehr zu und engt sich dadurch zunehmend ein. Hierdurch kann sich ein zirkulärer Prozess von Angst, kognitiver Einengung, reduzierten Bewältigungsmöglichkeiten und vermindertem Kontrollerleben entwickeln. Dysfunktionale Kognitionen scheinen eher suizidfördernde Inhalte aufzuweisen, indem sehr oft die Befürchtung besteht, unheilbar krank zu sein. Der alte Mensch kann so die Befürchtung entwickeln, anderen zur Last zu fallen. Eine narzisstische Verarbeitung des Altersprozesses und der damit einhergehenden Veränderungen wie physischer Abbau, zunehmende Abhängigkeit und Statusverlust können zu einer Gefährdung des Selbstwertgefühls v. a. alter Männer führen. Das kann ein Verharren in zunehmend inadäquateren Lebensstilen bewirken und zu verkürzten oder überhaupt nicht mehr existenten Zukunftsperspektiven führen.

Alte Menschen engagieren sich – teils aufgrund zunehmender physischer Beeinträchtigung und mangelnder Mobilität, teils aufgrund persönlichkeitspezifischer Merkmale, teils aufgrund irrationaler Kognitionen (nicht erwünscht zu sein) – auch weniger in Gemeindeaktivitäten oder innerhalb eines sozialen Netzwerks.

Suizidale Tendenzen gehen zudem oft mit anderen Formen inadäquaten Problemlöseverhaltens einher, z. B. Suchtverhalten, die für sich genommen auch wieder als Risikofaktor für suizidales Verhalten angesehen werden.

So ist auch nicht alleine die erhöhte Vielfalt körperlicher Erkrankungen für eine erhöhte Suizidalität verantwortlich, sondern es sind im Zusammenhang mit dem Alter auftretende Probleme wie Gefühle der Einsamkeit, Eheprobleme usw. mit zu berücksichtigen. Anger (1977, S. 79) nennt neben den »anomischen« und »egoistischen« Motiven Durkheims das sog. »alt-ruiistische« Motiv beim Selbstmord:

- » Der alte Mensch, der unter Leidensdruck aus dem Leben scheidet, versucht sich nicht nur selbst aus einer ihm unerträglich und hoffnungslos erscheinenden Lage zu befreien; er befreit gleichzeitig seine Umwelt von der Last einer allzu oft leider nur ungern getragenen Verantwortung.

Der Widerstand gegen Veränderungen, die verminderte Anpassung, die freiwillige Einschränkung im Verhalten können mit als Gründe für das fehlende Hilfesuchverhalten alter Menschen bei psychischen Problemen angesehen werden. Allenfalls aufgrund körperlicher Symptome wird Hilfe in Anspruch genommen, was auch die erhöhte Somatisierung bei alten Menschen erklären könnte.

In einer Krisensituation, wenn Konflikte mit der Familie bestehen, der alte Mensch sich alt, krank und einsam fühlt, er durch biologisch-somatische und persönlichkeitspezifische Bedingungen keine Lösung für sein Problem mehr sieht, können daher Gedanken an den Suizid – i. S. eines »Auswegs« aus einer als hoffnungslos erlebten Situation, als Wiedererlangen von Kontrolle – entstehen. Wenn dann die Versuche, sich Hilfe zu beschaffen – ein hoher Prozentsatz alter Menschen sucht vor der suizidalen Handlung einen Arzt auf – nicht als solche erkannt werden, kann dies zu der Ansicht führen, überflüssig zu sein, anderen zur Last zu fallen und durch die suizidale Handlung letztmals von »sozialem Nutzen« zu sein.

Die Prävention suizidalen Verhaltens im Alter erfordert daher Interventionen auf einer Vielzahl von Ebenen. Neben der spezifischen Prävention durch medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung von Depression und Krankheit ist auch ein Umdenken in der Haltung der Gesellschaft gegenüber alten Menschen und v. a. auch beim alten Menschen selbst gefordert.

Literatur

- Anger H (1977) Sozialpsychologische Aspekte des Suizids im Alter. Thieme, Stuttgart
- Barnow S, Linden M (2000) Epidemiology and psychiatric morbidity of suicidal ideation among the elderly. *Crisis* 21:171–180
- Duberstein PR, Conwell Y, Conner KR et al (2004) Suicide at 50 years of age and older: perceived physical illness, family discord and financial strain. *Psychol Med* 34:137–146
- Freud S (1923) Das Ich und das Es. *GW XIII*. Fischer, Frankfurt, 237–289
- Gerisch B, Fiedler G, Gans I et al (2000) »Ich sehe dieses Elendes kein Ende als das Grab«: Zur psychoanalytischen Konzeption von Suizidalität und der Behandlung Suizidgefährdeter. In: Kimmerle G (Hrsg) Zeichen des Todes in der psychoanalytischen Erfahrung. Edition diskord, Tübingen, 9–64
- Götze P (2004) Narzissmus und Suizidalität im höheren Lebensalter. *Psychotherapie im Dialog* 5:278–282
- Hagenbuchner K (1967) Der Selbstmord des alten Menschen. *Materia Medica Nordmark* 58:1–48
- Heuft G, Kruse A, Radebold H (2000) Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. Ernst Reinhardt, München

- Klüwer R (2001) Szene, Handlungsdialog (Enactment) und Verstehen. In: Bohleber W., Drews S (Hrsg) Die Gegenwart der Psychoanalyse – die Psychoanalyse der Gegenwart. Klett-Cotta, Stuttgart, S 347–357
- Kruse A (1997) Psychosoziale Einflußfaktoren depressiver Symptome im Alter. In: Radebold H, Hirsch RD, Kipp J et al (Hrsg) Depressionen im Alter. Steinkopff, Darmstadt, S 18–32
- Lindner R (2010) Psychodynamische Hypothesen zur Suizidalität bei älteren Männern. Psychother Psych Med 60: 290–297
- Menninger KA, Holzman PS (1977) Theorie der psychoanalytischen Technik. Frommann-Holzboog, Stuttgart
- Schaller S (2008) Multimodales Erklärungsmodell der Suizidalität im Alter. Z Gerontol Geriat 41:14–21
- Schmidtke A (1988) Verhaltenstheoretisches Erklärungsmodell suizidalen Verhaltens. Roderer, Regensburg
- Schmidtke A, Schaller S (1992) Verhaltenstheoretisch orientierte Therapiestrategien bei selbstschädigendem und suizidalem Verhalten. In: Wedler H, Wolfersdorf M, Welz R (Hrsg) Therapie bei Suizidgefährdung. Roderer, Regensburg, S 99–121
- Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D et al (2004) Suicide and suicide attempt in Europe – An overview. In: Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D, Kerkhof A (Hrsg) Suicidal behaviour in Europe – Results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. Hogrefe, Göttingen, S 15–28
- Schröder C, Schmutzer G, Klaiberg A et al (2003) Ärztliche Sterbehilfe im Spannungsfeld zwischen Zustimmung zur Freigabe und persönlicher Inanspruchnahme – Ergebnisse einer repräsentativen Befragung der deutschen Bevölkerung. Psychother Psychosom Med Psychol 53: 334–343
- Teising M (1999) Suizid im Alter ist Männersache. Psychodynamische Überlegungen zur Erklärung. In: Fiedler G, Lindner R (Hrsg) So hab ich doch was in mir, das Gefahr bringt. Perspektiven suizidalen Erlebens. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S 99–120
- Waern M, Runeson BS, Allebeck P et al (2002) Mental disorder in elderly suicides: A case control study. Am J Psychiatry 159:450–455
- Wohner J, Schmidtke A, Sell R (2005) Ist die Verhinderung von Hot-spots suizidpräventiv? Suizidprophylaxe 32:114–119

Erkennen, Vorbeugen, Krisenhilfe und Behandeln

- Kapitel 5** **Diagnostik der Suizidalität im Alter – 59**
*Claus Wächtler, Rolf D. Hirsch, Reinhard Lindner,
Sylvia Schaller, Barbara Schneider, Uwe Sperling*
- Kapitel 6** **Suizidprävention im Alter – 67**
*Reinhard Lindner, Barbara Schneider,
Claus Wächtler*
- Kapitel 7** **Krisenintervention und Gesprächsführung – 75**
Hans Wedler, Martin Teising, Reinhard Lindner
- Kapitel 8** **Psychiatrische Behandlung und
Psychotherapie – 91**
*Reinhard Lindner, Barbara Schneider, Sylvia
Schaller, Claus Wächtler*
- Kapitel 9** **Hilfen für Hinterbliebene – 105**
Barbara Schneider, Reinhard Lindner, Uwe Sperling
- Kapitel 10** **Ältere Menschen in stationären
Einrichtungen – 111**
*Norbert Erlemeier, Rolf D. Hirsch, Reinhard Lindner,
Uwe Sperling*
- Kapitel 11** **Teamkoordination in stationären
Einrichtungen – 123**
Rolf D. Hirsch, Reinhard Lindner

Diagnostik der Suizidalität im Alter

*Claus Wächtler, Rolf D. Hirsch, Reinhard Lindner, Sylvia Schaller,
Barbara Schneider, Uwe Sperling*

- 5.1 Suizidalität und Depression – 60**
- 5.2 Erfassen der Suizidalität – 61**
 - 5.2.1 Gesprächsführung – 61
 - 5.2.2 Testdiagnostik – 62
 - 5.2.3 Einschätzung der aktuellen Suizidalität – 63
- 5.3 Ausblick – 65**
 - Literatur – 65**

5.1 Suizidalität und Depression

Suizidalität zu erkennen kann sehr schwierig sein, denn viele suizidale Ältere sprechen gerade mit Professionellen nur ungern darüber. Aus Scham- und Schuldgefühlen, aber auch um den Professionellen nicht zu belasten, halten viele Ältere sich darin zurück, gerade mit einem Arzt oder einem anderen Professionellen in Gesundheitsberufen über ihre Suizidalität zu sprechen.

Dieses Phänomen findet sich auch bei den Symptomen der Depression, die oftmals verschwiegen werden. Überhaupt, Suizidalität und Depression treten häufig miteinander auf, wenngleich sie nicht zwingend zusammengehören. Immerhin: Bei den in der Berliner Altersstudie untersuchten älteren Menschen zeigten 1,2 % akute Suizidgedanken – Personen mit akuten Suizidgedanken litten alle an einer aktuellen depressiven Störung (Linden et al 1998). Depressionen gelten als Hauptrisikofaktor für einen Suizid. Die hohe Suizidrate der Männer wird als Hinweis darauf gedeutet, dass bei ihnen Depressionen häufig nicht erkannt werden (Möller-Leimkühler 2008).

Im Rahmen einer systematischen Literaturrecherche fanden sich viele Einträge zur Diagnostik einer Depression, wenige bzw. keine zur Erkennung der Suizidalität, speziell im Alter. Daher soll hier auch auf einschlägige Fachliteratur und auf im Versorgungsfeld bestehendes Erfahrungswissen (u. a. Lindner et al. 2003; Wächtler 2009) zurückgegriffen werden.

Aus der praktischen Erfahrung wissen wir, dass es keine sichere Diagnostik von Suizidalität gibt. An erster Stelle geht es darum, an die Möglichkeit von Suizidalität zu denken und »wach« zu sein. Dieser Zustand des »Drandenkens«, d. h. an Suizidalität und einen möglichen Suizid auch dann zu denken, wenn darüber vonseiten der betroffenen Person nicht gesprochen wird, wird im Englischen mit »awareness« bezeichnet. Es gibt eine Reihe von Risikofaktoren oder Risikokonstellationen, die, gerade wenn sie zusammen bei einer Person auftreten, hellhörig machen sollten (► unten).

Suizidalität kann sich auch alleine darin äußern, dass sich der Betroffene vereinsamt fühlt oder am Lebenssinn zweifelt. Suizidale Ältere sind zuweilen daran zu erkennen, dass sie Wertgegenstände verschenken, den Nachlass regeln, Suizidmittel, z. B. Medikamente, sammeln oder ein **indirekt selbstschädigendes Verhalten** zeigen, indem sie nicht mehr essen oder nicht (mehr) bereit sind, notwendige Medikamente einzunehmen. Bei Vertiefung der Suizidalität ist der Betroffene zunehmend in seinem Denken eingeengt, hat die Hoffnung auf Besserung verloren, denkt konkret an Suizid oder fühlt sich sogar zum Suizid gedrängt (Wächtler 2009).

➤ **Wegen der Schwierigkeit, speziell ein suizidales Syndrom bei Männern zu diagnostizieren, und aufgrund der hohen Suizidmortalität von Männern wird heute neben der »Männerdepression« auch die Begrifflichkeit »Männersuizid« als Besonderheit diskutiert (u. a. Schaller u. Wolfersdorf 2011; Lindner 2012a).**

Während als **typische männliche Depressionssymptome** vermehrte Reizbarkeit und Nervosität, aggressives Verhalten, Ärgerattacken, Pessimismus sowie vermehrter Alkohol- oder Nikotinkonsum (u. a. Möller-Leimkühler 2008) angesehen werden, bedarf es bzgl. typischer männlicher Suizidsymptome noch weiterer Untersuchungen. Bislang konnten Hinweise gefunden werden, dass alte suizidale Männer besonders verschlossen und gegenüber den herkömmlichen Hilfsangeboten abweisend reagieren (Heifner 1997; Lindner 2009). Hinzu kommt eine besondere Verletzbarkeit als »allzeit funktionsfähiger« Mann. Wenn körperliche Einschränkungen gerade in Bereichen, die mit männlichen Funktionen und Attributen verbunden sind (z. B. Verlust körperlicher Kraft oder Impotenz) und als inakzeptabel und vernichtend erlebt

werden (Teising 1999, Lindner 2010), auftreten, kann es zu Selbstvernachlässigung, Versagensängsten, Unruhe, Angst und Unsicherheit kommen, denen mit suizidalen Fantasien begegnet wird (Lindner 2010, 2012a).

- **Häufig tritt Suizidalität nicht ständig und dauerhaft auf, sondern sie kann sich auch fluktuierend und abhängig vom Verlauf und von der Behandlung einer körperlichen Erkrankung und von der Art und Weise der individuellen Krankheitsverarbeitung zeigen (Sperling et al 2009).**

Suizide und Suizidversuche werden häufig im Rahmen einer Depression durchgeführt. Depressionen werden aber nur in etwa einem Drittel der Fälle erkannt (s. bei Hegerl et al. 2006). Es gilt als gesichert, dass die Erkennensrate depressiver Störungen bei Älteren noch unbefriedigender ist. Dies wird darauf zurückgeführt, dass die Depressionen älterer Menschen seltener die depressive »Kernsymptomatik« (siehe ICD 10) aus gedrückter Stimmung, Interessen- und Freudlosigkeit und Antriebsmangel zeigen, sondern sich häufiger »verstecken« hinter körperlichen Beschwerden, einer Verlangsamung im Denken, Konzentrationsstörungen, Unruhe, Gereiztheit, Ängstlichkeit oder Schlaflosigkeit. Das direkte Ansprechen einer depressiven Gemüthsstimmung von dem Betroffenen selbst im Erstkontakt ist selten (Heimbach u. Hüll 2012; Lindner et al. 2003).

Schaller u. Wolfersdorf (2011) beschrieben zutreffend den »typische(n) suizidgefährdete(n) depressive(n) Patient(en)«: Er leide »... unter Gefühlen von Wertlosigkeit, Gedanken von Schuld und Selbstentwertung, aber auch altruistischen Ideen, z. B. dass es für andere besser wäre, wenn es ihn nicht mehr gäbe«. Hinzu kämen »... innere Unruhe und Agitiertheit, Schlafstörungen sowie Rückzug und Verlust sozialer Kontakte auf der Verhaltensebene«.

Da es eine enge Wechselwirkung zwischen Depressivität und Suizidalität einerseits und körperlicher und psychiatrischer Miterkrankung andererseits gibt, umfasst der diagnostische Prozess immer auch eine Abklärung gleichzeitig bestehender weiterer psychischer oder/und körperlicher Erkrankungen. Dies betrifft insbesondere Ältere.

5.2 Erfassen der Suizidalität

Wichtig erscheint, überhaupt an die Möglichkeit einer Depression oder einer suizidalen Verstimmung zu denken.

- **Wenn ein älterer Mensch über körperliche Symptome klagt, die durch eine körperliche Erkrankung nicht ausreichend erklärt werden können, oder darüber berichtet, dass der Schwung und die Lebensfreude nicht mehr da seien, er sich manchmal frage, warum er überhaupt noch lebe, dann muss an eine Depression und v. a. an Suizidalität gedacht werden.**

5.2.1 Gesprächsführung

Der nächste Schritt ist, gezielt nach Todeswünschen oder Suizidgedanken zu fragen. Dies kann z. B. mit den Worten geschehen: »Haben Sie in letzter Zeit darüber nachgedacht, alles hinzuschmeißen?«, oder »Haben Sie Gedanken, sich das Leben zu nehmen?« (Lindner et al. 2003).

Paykel et al. (1974) haben folgende 5 Fragen formuliert:

- »Hatten Sie schon einmal das Gefühl, dass das Leben nicht lebenswert ist?«
- »Wünschten Sie sich schon einmal, tot zu sein – zum Beispiel, dass Sie sich schlafen legen und nicht mehr aufwachen?«
- »Haben Sie schon einmal daran gedacht, sich das Leben zu nehmen, auch wenn Sie es nicht tun würden?«
- »Dachten Sie schon einmal ernsthaft daran, sich das Leben zu nehmen, oder machten Pläne, wie Sie es tun würden?«
- »Haben Sie schon einmal versucht, sich das Leben zu nehmen?«

5

Auf diese Fragen wurde in Studien mehrfach zurückgegriffen (z. B. Sperling et al. 2009). Sie haben sich auch im Patientenkontakt bewährt. Immer sollte ein gründliches Gespräch erfolgen, in dem die Lebensgeschichte erfragt und auf mögliche aktuelle Auslöser fokussiert wird und in das, wenn möglich und je nach therapeutischem Setting, die nächsten Beziehungspersonen einbezogen werden sollten.

Hinweise auf Suizidgefahr kann auch die Beobachtung der **Übertragung** und **Gegenübertragung** geben. Die Betroffenen fürchten häufig Verurteilung, zeigen Verzweiflung, Wut oder Hass, aber auch Angst – vor Vereinsamung oder Verlust der Selbstbestimmung (Lindner et al 2003). Im Therapeuten wiederum löst der Patient, der ambivalent dem Leben gegenübersteht, sich verweigert oder gar aggressiv reagiert, eine spezifische Gegenübertragung aus, die sich in Form von Verunsicherung, Desinteresse oder Bevormundung äußern kann. Entsprechende Gefühle gilt es zu kennen und zu verstehen, anstatt sie (aggressiv) abzuwehren.

5.2.2 Testdiagnostik

Zur Erkennung von Depressionen älterer Menschen hat sich als Screening-Instrument die Geriatrische Depressionsskala bewährt (Yesavage et al. 1983). Gefragt wird u. a. nach folgenden Items:

- Zufriedenheit mit dem Leben,
- Gefühl, unausgefüllt zu sein,
- Angst vor einem schlimmen Ereignis,
- Vorhandensein von Glücksgefühlen.

Bei 6 Punkten und mehr (in der 15-Fragen-Version) besteht der Verdacht auf eine Depression. Dann sollte eine weitergehende Depressionsdiagnostik gemäß ICD-10 erfolgen. Die Kriterien der ICD-10 sind nützlich, auch wenn sich darin die besondere Ausgestaltung der Altersdepression nicht widerspiegelt (► oben).

Zwar sind durchaus in den letzten Jahren Anstrengungen unternommen worden, Skalen zur Einschätzung akuter Suizidgefährdung zu entwickeln (zusammengefasst bei Schaller u. Schmidtke 2008). Generell werden Skalen zur Erfassung von Suizidgefährdung aber als wenig valide angesehen und haben sich in der Praxis nicht durchgesetzt (Althaus u. Hegerl 2004).

5.2.3 Einschätzung der aktuellen Suizidalität

Wichtig ist, auf Suizidhinweise oder gar direkte Suizidankündigungen zu achten und sie ernst zu nehmen. Hilfreich ist, das »präsuizidale Syndrom« nach Ringel (1953) zu kennen und zu beachten. Dieses setzt sich aus einer Einengung des Denkens, des Werterlebens und der Beziehungspflege sowie gehemmten und gegen die eigene Person gerichteten Aggressionen und Suizid- und Todesfantasien zusammen.

Präsuizidales Syndrom (Ringel 1953)

- Einengung des Denkens, des Werterlebens, der zwischenmenschlichen Beziehungspflege
- Gehemmte und gegen die eigene Person gerichtete Aggressionen
- Suizid- und Todesfantasien

Zur Einschätzung der Suizidalität können weitere Kriterien hinzugezogen werden, die sich als **Risikofaktoren für einen Suizid** erwiesen haben. Dazu gehören:

- männliches Geschlecht,
- frühere Suizidversuche,
- Suizidhandlungen in der Familie,
- frühere (und gegenwärtige) psychische Erkrankungen incl. Alkoholismus,
- schwere (chronische) körperliche Leiden und Symptome wie Schmerzen und Luftnot (Lindner 2012b),
- aktuelle (aber auch zurückliegende und überdauernde) Verlust- und Trennungserfahrungen wie das Scheitern langjähriger Beziehungen oder chronische Familien- und Ehekonflikte, aber auch das Fehlen zwischenmenschlicher Beziehungen,
- soziale Inkompetenz und Einsamkeit,
- Verlust von Wertbindungen,
- zunehmende Einengung der Gefühlswelt und sozialer Rückzug (z. B. von persönlichen Kontakten und/oder sozialen Aufgaben) sowie Aggression und Suizidfantasien (i. S. des präsuizidalen Syndroms nach Ringel,
- Suizidgedanken,
- Suizidplanungen,
- Verweigerung von Nahrung und Medikamenten.

Auch sollte der aktuelle psychopathologische Befund sorgfältig beachtet werden: Versteckt sich hinter den Symptomen evtl. eine Depression, eine Psychose, eine beginnende Demenz?

Ob es mit entsprechenden »**Risikolisten**«, in denen die einzelnen Risikofaktoren summiert werden, gelingen kann, das Suizidrisiko einer Person einigermaßenverlässlich abzuschätzen, wird eher pessimistisch beurteilt (siehe bei Schaller u. Schmidtke 2008). Im klinischen Alltag hat es sich allerdings bewährt, Patienten, die viele Risikofaktoren aufweisen, besondere Aufmerksamkeit bei der Prüfung der Suizidgefährdung zu schenken.

Sofern eine Suizidalität erkannt wird, gilt es, die **Akuität der Suizidalität** abzuschätzen und damit einen Eindruck von der akuten Suizidgefährdung zu erlangen. Hierfür hat sich das Schema von Pöldinger bewährt.

3 Stadien der suizidalen Entwicklung nach Pöldinger (1968)

- Stadium der Erwägung
- Stadium der Ambivalenz
- Stadium des Entschlusses

Dem **Stadium der Erwägung** folgt ein mehr oder weniger langes **Stadium der Ambivalenz**. In diesem Stadium pendelt der Betroffene zwischen sterben und weiterleben wollen. Dieses Stadium ist häufig gekennzeichnet durch mehr oder minder deutliche Hilferufaktionen. Es stellt die Möglichkeit zur erfolgreichen Krisenintervention dar. Die Ambivalenz kann schließlich in das **Stadium des Entschlusses** münden. Dies kann sich z. B. auch in Form einer »Ruhe vor dem Sturm« äußern, wenn nach vorausgegangenen Suizidsignalen scheinbar eine Entspannung der Situation entsteht. Tatsächlich kann es sich dabei aber um den Schritt von dem häufig als quälend empfundenen Hin- und Herpendeln zwischen sterben und nicht sterben wollen hin zu einer Entscheidung zum Suizid handeln (Schneider et al. 2011).

Zu einer vollständigen Erfassung der Suizidalität gehört auch zu wissen, ob es im Leben bereits früher **suizidale Krisen** gegeben hat, ob diese mit **Suizidversuchen** einhergingen und wie diese Situationen bewältigt oder behandelt wurden. Die genauen damaligen Suizidimpulse, -gedanken oder -pläne sind zu erfassen. Es ist immer sinnvoll, wenn der Untersucher ein klares Bild gewinnt, unter welchen Umständen, bei welchen Auslösern Suizidalität auftritt. Aus der Lebensgeschichte sollten Traumatisierungen, unbewältigte psychosoziale Entwicklungsschritte und wiederkehrende interpersonelle oder intrapsychische Konflikte bekannt sein.

Zu einer Abschätzung der akuten Suizidgefährdung ist darüber hinaus zu prüfen, ob **konkrete Vorstellungen** über die Art eines geplanten Suizids oder über den Zeitpunkt (»wenn sich der Todestag meines Mannes jährt ...«) bestehen.

Weitere akut auf einen Suizid hinweisende Symptome können wahnhaftes Erleben, negative selbstentwertende Ideen oder zum Suizid auffordernde Stimmen sein. Entsprechende Symptome können sich im Zusammenhang mit akuten Wahnerkrankungen oder Depressionen finden.

Auch ist es sinnvoll, den **suizidalen Handlungsdruck**, unter dem der Patient steht, zu erfassen. Dies kann z. B. durch die Frage geschehen: »Wie schützen Sie sich davor, Ihren Suizidwünschen nachzugeben?« Auf diese Weise kann der Untersucher erfahren, wie weit sich der Patient von seinen Suizidgedanken und -impulsen distanzieren kann und in welchen Situationen er besonders gefährdet ist.

In diesem Zusammenhang gilt es abzuklären, ob der Suizidale zu **Absprachen**, z. B. Unterlassen einer Suizidhandlung/Wiedereinfinden zu einem therapeutischen Gespräch in wenigen Tagen, in der Lage ist, d. h. ob er »absprachefähig« ist. Zudem ist abzuklären, ob es persönliche Beziehungen (»soziales Netz«) oder ethische Bindungen gibt, die den Betroffenen am Leben halten. Um diese Beziehungsqualität zu beurteilen, sollte gerade der ambulant tätige Helfer seine Fantasien über den Patienten genau prüfen. Hat er selbst Angst, der Patient könnte sich bis zum nächsten Terminsuizidieren, so sollte er mit dem Patienten noch einmal genauer über mögliche akute Suizidpläne sprechen.

5.3 Ausblick

Allen voran dem **Hausarzt** wächst eine besondere Aufgabe zu, wenn es darum geht, eine mögliche Suizidgefahr älterer Menschen zu erkennen.

- **Es ist belegt, dass ältere suizidale Menschen in den Wochen vor dem Suizid mehrheitlich ihren Hausarzt aufsuchen. Der Hausarzt sollte die Chance nutzen, bei Verdacht nach Symptomen einer Suizidgefährdung zu forschen, auch wenn der Patient nicht direkt über Suizid gesprochen hat.**

In Fortbildungsveranstaltungen für Hausärzte und andere Professionelle, aber auch für Laien und Selbsthilfekräfte sollte immer wieder auf »falsche Mythen« eingegangen werden. Solche Fehlannahmen besagen, dass das Ansprechen von Suizidgedanken erst Suizidalität provoziere (»nicht erst auf den Gedanken bringen ...«) oder dass derjenige, der von Suizid spreche, sich nicht das Leben nehme (»bellende Hunde beißen nicht ...«). Beide Annahmen halten sich hartnäckig, sind aber falsch. Vielmehr kündigen die meisten, die später einen Suizid begehen, mehr oder minder deutlich in der Zeit davor den Suizid an. Das Gespräch über Suizidalität entlastet in der Regel und stellt eine therapeutische Brücke zu dem in Rückzug befindlichen Suizidalen her. Das Ansprechen von Suizidalität bedeutet somit den Beginn einer Krisenintervention, durch die Leben erhalten werden kann.

In der therapeutischen Beziehung bewährt es sich, neben der Erfassung von Risikofaktoren auch danach zu fragen, was den Betroffenen davon abhalte, Suizid zu begehen (Schaller u. Schmidtke 2008), und dabei auch protektive, also am Leben erhaltende Faktoren zu erfragen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Diagnostik, also das »Drandenken« und das gezielte Fragen nach Suizidalität unter Beachtung spezieller Risikofaktoren, den ersten wesentlichen Teil einer **Krisenintervention** ausmachen. Eingebunden sein sollte dieser diagnostische Teil in eine empathische therapeutische Beziehung (Wächtler 2009).

Literatur

- Althaus D, Hegerl H (2004) Ursachen, Diagnosen und Therapie von Suizidalität. *Nervenarzt* 75:1123–1135
- Hegerl U, Althaus D, Schmidtke A, Niklewski G (2006) The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychol Med* 36:1225–1233
- Heifner C (1997) The male experience of depression. *Perspect Psychiatr C* 33:10–18
- Heimbach B, Hüll M (2012) Differentialdiagnose bei Depression. *Psychiatrie und Psychotherapie* up2date 6:25–40
- Linden M, Kurtz G, Baltes MM et al (1998) Depressionen bei Hochbetagten – Ergebnisse der Berliner Altersstudie. *Nervenarzt* 69: 27–37
- Lindner R, Fiedler G, Götze P (2003) Diagnostik der Suizidalität. *Dtsch Aerztebl* 100:B840–843
- Lindner R (2009) Die innere Leblosigkeit berühren – der Körper in der Psychotherapie alter Menschen. *Psychotherapie* 14(2):258–265
- Lindner R (2010) Psychodynamische Hypothesen zur Suizidalität bei älteren Männern. *Psychother Psych Med* 60:290–297
- Lindner R (2012a) Aspekte von Depression und Suizidalität bei Männern – Phänomenologie und Erklärungsmodelle. *Suizidprophylaxe* 39(3):108–113
- Lindner R (2012b) Körperliche Erkrankung und Suizidalität bei hochbetagten geriatrischen Patienten: Eine explorative Studie. *Suizidprophylaxe* 39(1):11–19
- Möller-Leimkühler AM (2008) »Bei Männern statt über Depression besser über Stress sprechen«. Interview in: *Ärzte Zeitung für Neurologen und Psychiater*:10

- Paykel ES, Myers JK, Lindenthal JJ, Tanner J (1974). Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. *Br J Psychiatry* 124:460–469
- Pöldinger W (1968) Zur Abschätzung der Suizidalität. Huber, Bern
- Ringel E (1953) Der Selbstmord – Abschluss einer krankhaften Entwicklung. Maudrich, Wien
- Schaller S, Schmidtke A (2008) Suizidalität. In: Röhrle B, Caspar F, Schlottke PF (Hrsg) *Lehrbuch der klinisch-psychologischen Diagnostik*. Kohlhammer, Stuttgart
- Schaller E, Wolfersdorf M (2011) Depression und Suizid – Übersicht und klinische Anmerkungen. *Suizidprophylaxe* 38:105–118
- Schneider B, Sperling U, Wedler H (2011) Suizidprävention im Alter. Mabuse, Frankfurt/M
- Sperling U, Thüler C, Burkhardt H, Gladisch R (2009). Äusserungen eines Todesverlangens – Suizidalität in einer geriatrischen Population. *Suizidprophylaxe* 36: 29–35
- Teising M (1999) Suizid im Alter ist Männersache. Psychodynamische Überlegungen zur Erklärung. In: Fiedler G, Lindner R (Hrsg) *So hab ich doch was in mir, das Gefahr bringt. Perspektiven suizidalen Erlebens*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Wächtler C (2009) Suizidalität älterer Menschen – Erkennen, ernst nehmen, be-handeln. *Psychotherapie* 14: 306–314
- Yesavage JA, Brink TL, Rose TL et al (1983). Development and validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A preliminary report. *Psychiatry Res* 17:37–49

Suizidprävention im Alter

Reinhard Lindner, Barbara Schneider, Claus Wächtler

- 6.1 Epidemiologie – 68
- 6.2 Risikofaktoren – 68
- 6.3 Was ist Suizidprävention? – 69
- 6.4 Suizidprävention im Alter – 69
- 6.5 Evidenzbasierte Strategien zur Suizidprävention
 bei Älteren – 71
- Literatur – 73

6.1 Epidemiologie

Der Suizid trägt die Handschrift des Alters. Die Altersverteilung der **Suizidrate** folgt dabei dem »ungarischen Muster«, d. h. sie nimmt ab dem 70. Lebensjahr mit zunehmendem Alter massiv zu, besonders bei den Männern. Das mittlere Alter der Suizidenten in Deutschland beträgt für alle Männer 54,7 Jahre, für alle Frauen 59,0 Jahre. Jede zweite Frau, die sich in Deutschland das Leben nimmt, ist über 60 Jahre alt. Die über 70-jährigen Männer stellen 23,6% der gesamten Suizide. Unter Berücksichtigung der **demografischen Entwicklung** kann für die Zukunft eine weitere Zunahme der absoluten Zahl von Suiziden älterer Menschen erwartet werden. Bereits seit 1952 nimmt der Anteil an Älteren an der Gesamtheit der Suizide deutlich zu. Ältere wenden überwiegend »harte« Suizidmethoden an, wie z. B. Erhängen, Erschießen und »Sprung aus der Höhe«. Die Zahl der Suizidversuche ist im Alter deutlich geringer als in jüngeren Jahren (Schmidtke et al. 2008). Das heißt, suizidale Ältere begehen eher einen Suizid als einen Suizidversuch. Einen Suizidversuch im Alter wiederholen 5,4% der Betroffenen pro Jahr, 1,5% sterben pro Jahr durch Suizid (Heikkinnen u. Lönnqvist 1995).

- Die Erfassung von Suizidgedanken ist schwierig und inkonsistent. Allerdings gibt es Hinweise darauf, dass Ältere höhere Raten an Lebensüberdrußgedanken und an Suizidideen haben (Barnow u. Linden 2000; Raue et al. 2006).

6.2 Risikofaktoren

Prädiktoren für Suizid im hohen Alter sind entsprechend psychiatrische Störungen, insbesondere Depressionen (Conwell u. Thompson 2008; O'Connell et al. 2004; Waern et al. 2003), körperliche Erkrankung (Waern et al. 2002), funktionelle Einbußen (Conwell u. Thompson 2008) und belastende Lebensereignisse (z. B. Verlust des Partners) (Erlangsen et al. 2004). Die häufig unabänderlichen Auswirkungen im Körperselbsterleben, besonders bei Schmerzen, Immobilität und Sehbehinderungen führen zu sozialen Defiziten und Abhängigkeiten (oder der Angst davor). Vor allem aber führen sie zu Veränderungen in der Beziehungsqualität in wichtigen Beziehungen, auch in der Beziehung zum behandelnden Arzt. So befürchten suizidale Ältere nicht selten, durch ein direktes Ansprechen ihrer Suizidalität beim Arzt auf Hilflosigkeit und Überforderung, jedoch auch Abweisung und Verurteilung zu stoßen, weshalb diese Themen häufig nicht angesprochen werden (Lindner et al. 2006). Beziehungsprobleme in langjährigen Beziehungen, besonders, wenn körperliche Erkrankung, Depression oder Demenz vorliegen, spielen bei Suizidalität im Alter eine beeinträchtigende Rolle (Zweig u. Hinrichsen 1993).

Suizidalität und **psychische Erkrankung**, besonders affektive Störungen, Psychosen, Alkoholabusus und Persönlichkeitsstörungen können als überlappende Phänomene verstanden werden. Bei bestehender Suizidalität können Dispositionen – wie Impulsivität – sowie äußere Bedingungen und Ereignisse das Suizidrisiko erhöhen.

Auch wenn vollendete Suizide in der Mehrheit von psychiatrisch erkrankten Patienten vollzogen werden, kann bei Suizidalität nicht zwingend das Vorliegen einer psychiatrisch zu diagnostizierenden Erkrankung vorausgesetzt werden.

- Eine psychiatrische Erkrankung an sich verstehen wir nicht als Ursache suizidalen Erlebens und Verhaltens. Allerdings führt die sachgerechte Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen im Alter zu einer Reduktion von Suiziden (Oyama et al. 2008).

Im Alter scheint die Inzidenz psychiatrischer Erkrankungen bei vollendetem Suizid mit bis zu 90% höher zu liegen als in jüngeren Jahren (O'Connell et al. 2004).

Entsprechend ist Suizidalität, d. h. Suizidwünsche und konkret ausgestaltete Suizidpläne, signifikant häufiger bei **hochbetagten Patienten** mit psychiatrischen Störungen anzutreffen (Skoog et al. 1996). Die Studienlage hinsichtlich depressiver Erkrankungen an den vollendeten Suiziden ist sehr uneinheitlich. Gegenwärtig geht man davon aus, dass bei 40–60% der vollendeten Suizide eine depressive Erkrankung vorlag (Bertolote et al. 2004).

6.3 Was ist Suizidprävention?

Prävention will vor Beginn eines Zielproblems einsetzen. Dabei lässt sich **Krankheitsprävention** von **Gesundheitsförderung** unterscheiden. Erstere versucht, bekannte Risiken zu reduzieren, letztere schützende Faktoren zu stärken. Seit einiger Zeit wird der Präventionsgedanke auch in der Medizin nicht auf das medizinische Modell reduziert (beobachten, diagnostizieren, therapieren), sondern Modelle aus dem Bereich der Gesundheitswissenschaften werden einbezogen (beobachten, Ätiologie und Entwicklungswege der Störung verstehen, Intervention vor Entwicklung des suizidalen Prozesses). In der Suizidprävention setzt sich zunehmend ein **multifaktorielles System** gegenüber dem 3-stufigen System der Prävention (primär, sekundär, tertiär) durch, das die Komplexität der Suizidalität und suizidaler Personen würdigt. Dies zeigt sich z. B. darin, nicht nur die hinter dem suizidalen Symptom stehende psychiatrische Erkrankung zu diagnostizieren und zu behandeln, sondern prädisponierende und begleitende Faktoren zu identifizieren, wie Zusammenhänge zwischen Trennungserfahrungen in Kindheit und Jugend und späterer Suizidalität, um zu spezifischen Interventionen zu kommen (Maris et al. 2000).

6.4 Suizidprävention im Alter

In einem Konsensuspapier einer Expertengruppe (Erlangsen et al. 2011) wurden spezifische Empfehlungen zur Suizidprävention bei Älteren erarbeitet. Dabei wurde auch unterschieden zwischen

- Interventionen, die direkt der Reduzierung des aktuellen Suizidrisikos von individuell hochgefährdeten älteren Personen dienen (z. B. schwer depressive Personen oder Personen nach Suizidversuch),
- Interventionen, die das Suizidrisiko in spezifischen Risikogruppen reduzieren sollen (z. B. Verwitwete oder kürzlich aus psychiatrisch-stationärer Behandlung Entlassene) und
- Interventionen, die die gesamte Bevölkerung betreffen.

Akut suizidale Personen werden durch gezielte professionelle Hilfen nach Suizidversuch und bei suizidalem Erleben erreicht, dazu auch Angehörige, Freunde sowie verschiedene professionelle und nichtprofessionelle Helfer. In diesen Interventionen sollten besonders Themen des Älterwerdens und Abhängigwerdens behandelt werden. Zugleich ist eine Atmosphäre zu schaffen, in der nicht nur die suizidalen Älteren selbst, sondern auch ratsuchende Angehörige etc. offen über peinliche und tabuisierte Inhalte sprechen können. Als Interventionen bieten sich neben psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungen und Beratungen auch Hausbesuche, regelmäßige Telefonanrufe oder Postkarten an, sowie ein Notrufsystem für so-

fortige Hilfe. Gerade in medizinischen Einrichtungen mit einem hohen Anteil Älterer sollte die Depressionsdiagnostik optimiert werden, z. B. durch Aufnahmegespräche, die das aktuelle psychische Erleben erfragen oder auch durch operationalisierte Screening-Instrumente, wie die Geriatric Depression Scale (GDS) (Yesavage et al. 1983). Zudem sollten auch Möglichkeiten geschaffen werden, interpersonelle Konflikte und Probleme in der Verarbeitung körperlicher Krankheiten und Einschränkungen psychotherapeutisch zu behandeln.

Interventionen, die auf spezifische Risikogruppen (► Kap. 2) ausgerichtet sind, sind z. B. das »**Gatekeeper-Training**« von Laien in der Erkennung von Depressivität, Alkoholabhängigkeit und Suizidalität und Kenntnisse zur wirksamen Weiterverweisung im Gesundheitssystem. Entsprechend sind konsequent in den Ausbildungen, aber auch in Fort- und Weiterbildungsmodulen für Altenpfleger, Krankenschwestern und andere Berufe der Altenhilfe die Themen Suizidalität, Lebensmüdigkeit und Depression ausführlich zu behandeln. Ausgearbeitetes Schulungsmaterial liegt in Form von Foliensätzen mit Begleittexten im deutschsprachigen Raum vor (Schneider et al. 2011). Spezifische Formen der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung der Suizidalität Älterer sind zu entwickeln. Systematisches Depressionsscreening für Ältere sollte in medizinischen (auch pflegerischen), aber auch nicht-medizinischen Institutionen (z. B. sozialen Hilfsangeboten) erfolgen. Dabei ist ein besonderes Augenmerk auf **Verluste** zu richten, die Ältere zu bewältigen haben:

- Verlust des Partners,
- Ende der Berufstätigkeit,
- Verlust des Führerscheins,
- sensorische Einschränkungen (Hör- und Visusminderung),
- Verarbeitung von chronischem Schmerz,
- Verluste des Selbstbildes und des Selbstwerts.

■ Möglichkeiten der Aufklärung

Informationsbroschüren und Praxisrichtlinien zum Erkennen und Handhaben von Suizidalität im Alter sind zu entwickeln und zu verbreiten. Interventionen, die sich an die gesamte Bevölkerung richten, sind z. B. die Entwicklung und Verbreitung von Medienrichtlinien zur Berichterstattung über Suizid im Alter. Hinzu kommen primärpräventive Bildungsangebote zu gesundem Altern und zu den Risiken für Suizidalität im Alter. Eine direkte Möglichkeit, sowohl direkt Betroffene, Angehörige als auch interessierte Personen und Professionelle mit der Thematik vertraut zu machen, bietet die Broschüre »Wenn das Altwerden zur Last wird« (► <http://www.bmfsfj.de>, Download unter »Publikationen«, Suche unter »Wenn das Altwerden zur Last wird«) (AG Ältere des Nationalen Suizidpräventionsprogramms 2007). Diese Publikation klärt über die Entstehungsbedingungen von Suizidalität im Alter auf und informiert über Möglichkeiten der Suizidprävention, der Krisenhilfe und längerfristiger psychotherapeutischer Behandlungen. Sie bietet auch juristische Hilfen und pragmatische Regeln zum Umgang mit Suizidalität und suizidalen Personen.

- **Ältere sollen erkennen, dass Depressivität nicht ein lediglich hinzunehmender Bestandteil des Alterns ist. Vielmehr sollten Hinweise auf eine Erkrankung, Widerstandsfähigkeit und Förderung von bestehenden Ressourcen im Mittelpunkt stehen.**

Primärpräventiv im weitesten Sinne sind aber auch Interventionen, die in Kindheit und Jugend von Bedeutung sind: Reduktion körperlicher und sexueller Gewalterfahrungen spielen dabei eine zentrale Rolle.

6.5 Evidenzbasierte Strategien zur Suizidprävention bei Älteren

In einem systematischen Review von Lapierre et al. (2011) wurden insgesamt 19 Studien mit einer empirischen Evaluation eines Suizidpräventions- oder -interventionsprogramms speziell für Personen über 60 Jahren gefunden. Die meisten Studien waren auf die Reduktion von Risikofaktoren gerichtet: Eine zentrale Rolle spielten dabei eine persönliche professionelle Beziehung, sei sie nun eine ärztliche, psychotherapeutische, beratende Beziehung (i. S. eines Casemanagers) z. B. durch Depressionsscreenings und durch Depressionsbehandlung wie auch durch Minderung von Isolation. Ein rein pharmakologisches Regime der Depressionsbehandlung, wie dies in Deutschland immer noch zu häufig geschieht, wurde nie eingesetzt. Bei allen Studien fand sich eine Kombination aus professioneller, d. h. theoriegeleiteter Beziehung, Depressionsscreening und -behandlung sowie einer Reduktion von Rückzug und Einsamkeit. Mit Blick auf das Geschlecht zeigte sich, dass derartige Programme besonders Frauen helfen. Bei empirischer Evaluation erschienen die meisten Programme als positiv in Hinblick auf die Belange von Hochrisiko-Älteren: Die meisten Studien zeigten eine Reduktion der Suizidgedanken der Patienten oder der Suizidraten in den Zielgemeinden. Limitierend muss allerdings genannt werden, dass nicht alle Studien operationalisierte Instrumente zur Messung der Suizidalität verwendeten und die Programme selten protektive Faktoren förderten. Deshalb forderten die Autoren, dass innovative Strategien zur Suizidprävention **gelingendes Altern** und **Resilienz**, d. h. die Fähigkeit, sich selbst wieder ins innere Gleichgewicht zu bringen, fördern sollen, die Familie und sog. »Gatekeeper« einbinden und auch Medien wie Telekommunikation nutzen sollen, um gefährdete Ältere zu erreichen. Die Evaluation sollte besonders die primärpräventiven Ansätze der Restriktion von Suizidmitteln und die Weiterbildung von Professionellen betreffen (■ Tab. 6.1).

Für die Situation in Deutschland lässt sich aus diesen Ergebnissen ableiten, dass zwar viele suizidale ältere Personen auch depressiv sind, dass daraus aber folgen muss, suizidale Ältere eben nicht nur mit einer antidepressiven Medikation zu versorgen, sondern **multimodal** zu behandeln durch:

- Psychotherapie,
- anderweitige professionelle Ansprache über einen längeren Zeitraum,
- Aktivierung sozialer Ressourcen,
- innovative Informations- und Motivationsprogramme sowohl über Depression als auch über Alkoholismus, Medikamentenabhängigkeit und Schlafstörungen, Umgang mit Schmerzen und anderen körperlichen Problemen.

Psychische und soziale Probleme wie Verwitwung, eheliche und familiäre Probleme sollten auch im öffentlichen Diskurs angesprochen und Hilfsmöglichkeiten bekannt gemacht werden. Hilfreich sind offensichtlich auch Hilfen beim Finden von sozialen und kommunalen Diensten wie auch psychotherapeutischen Behandlungen.

Für die Alten- und Krankenpflege bietet die Perspektive der Suizidprävention einige zentrale Aufgaben und Möglichkeiten:

- Die Kenntnis zu fördern, dass Suizidalität, Depressivität und Lebensmüdigkeit keine »normalen« Alterserscheinungen sind.
- Daran zu denken, rückzügige und lebensmüde Patienten direkt auf Suizidalität anzusprechen (z. B.: »Haben Sie schon einmal darüber nachgedacht, alles hinzuschmeißen?«).

- Nicht in die Resignation der Patienten einzuwilligen, sondern über Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten nachzudenken und diese einzuleiten: Psychiater, Psychotherapeuten, Berater, Sozialpädagogen, (monatliche) Telefonate mit dem Patienten.
- Holen Sie sich Hilfe und Supervision im pflegerischen Kontakt, informieren Sie sich über gemeindenahe Hilfen.

Tab. 6.1 Evidenzbasierte Maßnahmen zur Suizidprävention bei Älteren. (Adapt. nach Lapierre et al. 2011)

Quelle	Inhalt Maßnahme
Unützer et al. 2002 Unützer et al. 2006	IMPACT-Programm: Entwicklung einer therapeutischen Beziehung, personalisierter Behandlungsplan, der Vorlieben des Patienten einbezieht, proaktives Aufsuchen des Patienten (2-mal pro Woche in der akuten Phase und monatlich in der Erhaltungsphase) durch einen Fallmanager zur Depressionsbehandlung mit verhaltenstherapeutischer Orientierung
Alexopoulos et al. 2009 Bruce et al. 2004	PROSPECT-Programm: Unterstützung durch Fallmanager zur Depressionsbehandlung (Pflege, Psychologen, Sozialpädagogen), Information über Behandlungsoptionen, Kurzpsychotherapie (interpersonell oder behavioral), Monitoring depressiver Symptome und Nebenwirkungen von Medikamenten in wiederholten Besuchen beim Patienten
Chiu et al. 2003 Oyama et al. 2004, 2006a,b,c	Workshops für psychische Gesundheit für Ältere durch Gemeindeschwestern, um Depressionen und Suizidrisiken zu erkennen, jährliche Depressionsscreenings aller älteren Einwohner über 65 Jahren, bei positivem Screening-Ergebnis Überweisung an Psychiater (wo erreichbar) oder Hausarzt mit Follow-up-Besuchen durch eine psychiatrische Fachschwester
Oyama et al. 2005	Gruppenaktivität (sozial, erholungsorientiert, körperlich, Freiwilligenhilfe) um soziale Unterstützung anzuregen, kein systematisches Depressionsscreening, aber eine Empfehlung an die Teilnehmer, sich auf Depressivität mittels eines kurzen Fragebogens selbst zu testen
DeLeo et al. 1995, 2002	Tele-Help: 24 Std. Notfall Service für Ältere, die jederzeit anrufen können Tele-Check: 2- pro Woche telefonische verbale Unterstützung.
Morrow-Howell et al. 1998	Sozialpädagogische Arrangements, stützende Psychotherapie, nur per Telefon
Szanto et al. 2001	Antidepressiva und interpersonelle Psychotherapie (IPT)
Lapierre et al. 2007	Workshop persönliche Zielsetzungen vor Ausscheiden aus dem Berufsleben
Fiske u. Arbore 2000	Telephonberatung, Hausbesuche, 24-Std.-Hotline
Szanto et al. 2003	Antidepressiva und interpersonelle Psychotherapie (IPT)
Heisel et al. 2009	Interpersonelle Psychotherapie zur Förderung sozialer Funktionen zusätzl. zu bestehenden Behandlungen

Literatur

- AG Ältere des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland (2007) Wenn das Älterwerden zur Last wird. ► <http://www.bmfsfj.de>, Download unter »Publikationen«, »Wenn das Älterwerden zur Last wird«. Zugriffen: 31.3.2014
- Alexopoulos GS, Reynolds CF 3rd, Bruce ML et al (2009) Reducing suicidal ideation and depression in older primary care patients: 24-month outcomes of the PROSPECT study. *Am J Psychiatry* 166:882–890
- Barnow S, Linden M (2000) Epidemiology and psychiatric morbidity of suicidal ideation among the elderly. *Crisis* 21:171–180
- Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Wassermann D (2004) Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. *Crisis* 25(4):147–55
- Bruce M, Ten Have TR, Reynolds CF, 3rd et al (2004) Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients. *JAMA* 291:1081–1091
- Chiu HFK, Takahashi Y, Suh GH (2003) Elderly suicide prevention in East Asia. *Int J Geriatr Psychiatry* 18:973–976
- Conwell Y, Thompson C (2008) Suicidal behavior in elders. *Psychiatric Clinics of North America* 31:333–356
- De Leo D, Carollo G, Dello Buono M (1995) Lower suicide rates associated with a tele-help/tele-check service for the elderly at home. *Am J Psychiatry* 152:632–634
- Erlangsen A, Jeune B, Bille-Brahe U, Vaupel JW (2004) Loss of partner and suicide risks among oldest old: A population-based register study. *Age Ageing* 33:378–383
- Erlangsen A, Nordentoft M, Conwell Y et al (2011) Key considerations for preventing suicide in older adults. *Crisis* 31(4), DOI: 10.1027/0227-5910/a000053
- Fiske A, Arbore P (2000) Future directions in late life suicide prevention. *Omega* 42(1):37–53
- Heikkinen ME, Lönnqvist JK (1995) Recent life events in elderly suicide: A nationwide study in Finland. *Int Psychogeriatr* 7:287–300
- Heisel M, Duberstein P, Talbot N et al (2009) Adapting interpersonal psychotherapy for older adults at risk for suicide: Preliminary findings. *Prof Psychol Res Pr* 40:156–164
- Lapierre S, Dubé M, Bouffard L, Alain M (2007) Addressing suicidal ideations with the realization of meaningful personal goals. *Crisis* 28:16–25
- Lapierre S, Erlangsen A, Waern M et al (2011) A systematic review of elderly suicide prevention programs. *Crisis* 32(2):88–98
- Lindner R, Fiedler G, Altenhöfer A et al (2006) Psychodynamical ideal types of elderly suicidal persons based on counter transference. *J Soc Work Pract* 20:347–385
- Maris RW, Berman HL, Silverman MM (2000) Treatment and prevention of suicide. In: Maris RW, Berman HL, Silverman MM (Hrsg) *Comprehensive Textbook of Suicidology*. Guilford, New York, S 509
- Morrow-Howell N, Becker-Kemppainen S, Judy L (1998) Evaluating an intervention for the elderly at risk of suicide. *Res Soc Work Pract* 8(1):28–46
- O'Connell H, Chin AV, Cunningham C, Lawlor BA (2004) Recent developments: Suicide in older people. *BMJ* 329:895–899
- Oyama H, Koida J, Sakashita T, Kudo K (2004) Community-based prevention for suicide in elderly by depression screening and follow-up. *Community Ment Health J* 40: 249–263
- Oyama H, Watanabe N, Ono Y et al (2005) Community-based suicide prevention through group activity for the elderly successfully reduced the high suicide rate for females. *Psychiatry Clin Neurosci* 59:337–344
- Oyama H, Fujita M, Goto M et al (2006a) Outcomes of community-based screening for depression and suicide prevention among Japanese elders. *Gerontologist* 46:821–826
- Oyama H, Goto M, Fujita M et al (2006b) Preventing elderly suicide through primary care by community-based screening for depression in rural Japan. *Crisis* 27:58–65
- Oyama H, Ono Y, Watanabe N et al (2006c) Local community intervention through depression screening and group activity for elderly suicide prevention. *Psychiatry Clin Neurosci* 60:110–114
- Oyama H, Sakashita T, Ono Y et al (2008) Effect of community-based intervention using depression screening on elderly suicide risk: A meta-analysis of the evidence from Japan. *Community Ment Health J* 44:311–320
- Raue PJ, Meyers BS, Rowe JL et al (2006) Suicidal ideation among elderly homecare patients. *Int J Geriatr Psychiatry* 22:32–37
- Schmidtke A, Sell R, Löhr C (2008) Epidemiologie von Suizidalität im Alter. *Z Gerontol Geriat* 41:3–13
- Schneider B, Sperling U, Wedler H (2011) Suizidprävention im Alter. Folien und Erläuterungen zur Aus-, Fort- und Weiterbildung. Mabuse-Verlag, Frankfurt/M

- Skoog I, Aevarsson Ö, Beskow J et al (1996) Suicidal feelings in a population sample of nondemented 85-year-olds. *Am J Psychiatry* 153:1015–1020
- Szanto K, Mulsant BH, Houck P et al (2001) Treatment outcome in suicidal vs. nonsuicidal elderly patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 9:261–268
- Szanto K, Mulsant BH, Houck P et al (2003) Occurrence and course of suicidality during short-term treatment of late-life depression. *Arch Gen Psychiatry* 60:610–617
- Unützer J, Katon W, Callahan C et al (2002) Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: A randomized controlled trial. *JAMA* 288:2836–2845
- Unützer J, Tang L, Oishi S et al (2006) Reducing suicidal ideation in depressed older primary care patients. *J Am Geriatr Soc* 54:1550–1556
- Waern M, Rubenowitz E, Runeson B et al (2002) Burden of illness and suicide in elderly people: Case-control study. *BMJ* 324:1355–1359
- Waern M, Rubenowitz E, Wilhelmson K (2003) Predictors of suicide in the old elderly. *Gerontology* 49:328–334
- Yesavage JA, Brink TL, Rose TL et al (1983) Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 17(1):37–49
- Zweig RA, Hinrichsen GA (1993) Factors associated with suicide attempts by depressed older adults: A prospective study. *Am J Psychiatry* 150:1687–1692

Krisenintervention und Gesprächsführung

Hans Wedler, Martin Teising, Reinhard Lindner

- 7.1 Was ist Krisenintervention? – 76**
- 7.2 Voraussetzungen für Krisenintervention – 76**
- 7.3 Elemente der Krisenintervention – 77**
 - 7.3.1 Klärung – 77
 - 7.3.2 Weichenstellung – 78
 - 7.3.3 Motivation – 79
- 7.4 Phasen der Krisenintervention – 79**
- 7.5 Gesprächsführung – 80**
- 7.6 Beziehungsgestaltung – 82**
- 7.7 Begleitmaßnahmen und Beendigung der Krisenintervention – 84**
- 7.8 Fallstricke in der Krisenintervention – 85**
- 7.9 Krisenintervention nach Suizidversuch – 86**
- 7.10 Krisenintervention nach vollzogenem Suizid – 87**
- 7.11 Organisationsformen der Krisenintervention – 87**
- 7.12 Was qualifiziert zum Krisenhelfer? – 88**
- Literatur – 89**

7.1 Was ist Krisenintervention?

Krisenintervention ist die seit mehreren Jahrzehnten weltweit etablierte angemessene, professionelle Reaktion des sozialen Umfelds auf akute psychische Krisen, insbesondere auf Suizidalität eines Einzelnen.

Krisenintervention ist nicht identisch mit Psychotherapie, obgleich sie psychotherapeutische Elemente beinhaltet und einschließt. Es handelt sich vielmehr um ein umfassendes Maßnahmenpaket, um einer das Leben gefährdenden seelischen Krise entgegenzutreten: vom Kontaktangebot über das Gespräch und organisatorische Interventionen bis hin zu einer Art Management der Krise mit dem Ziel, einem suizidalen Menschen bei deren Überwindung beizustehen, ihn darin zu begleiten.

Krisenintervention kennt keine Altersbegrenzung, verlangt aber bei Betroffenen höheren Alters Besonderheiten im Vorgehen. Deren Kenntnis ist für den Krisenhelfer schon allein deshalb nützlich, weil Krisenintervention bei älteren suizidalen Menschen sehr viel rascher vom Scheitern bedroht ist als in allen anderen Altersstufen.

7.2 Voraussetzungen für Krisenintervention

Eine erste Voraussetzung für Angebot und Einleitung einer Krisenintervention ist, dass eine suizidale Krise überhaupt vorliegt. Seelische Beeinträchtigungen und Störungen anderer Art bedürfen zwar in aller Regel auch einer Hilfe, die jedoch als gezielte therapeutische Maßnahme (z. B. bei einer Trauerreaktion oder einer Depression ohne Suizidalität) auf die jeweilige Störung ausgerichtet sein sollte.

➤ **Voraussetzung für Krisenintervention ist, dass eine Suizidgefährdung bereits diagnostiziert ist oder zumindest vermutet werden muss.**

Eine weitere wichtige Voraussetzung ist, dass der betroffene Klient für die zu treffenden Maßnahmen erreichbar ist. Befindet sich jener z. B. an einem weit entfernten Ort, ist er evtl. nur für eine telefonische Intervention erreichbar (die durchaus ihren Wert haben kann), oder hat er sich auf die Spitze eines Gebäudes oder Krans begeben, um sich von dort hinabzustürzen, so müssen Rettungsmaßnahmen bzw. (Notfall-)Transporte durchgeführt werden. Krisenintervention im eigentlichen Sinne setzt die **persönliche Begegnung** von Klient und Helfer voraus.

Neuerdings sind bei jungen Menschen erfolgversprechende Versuche unternommen worden, Krisenintervention über **elektronische Medien**, vor allem per E-Mail, anzubieten. Es bleibt abzuwarten, ob dieses Vorgehen den persönlichen Kontakt in der Krisenintervention wirklich ersetzen kann. Vorläufig kommt ein solches Verfahren nur für ältere Menschen in Frage, die sich die elektronische Kommunikation als geläufiges Verständigungsmittel bereits angeeignet haben.

Eine weitere Voraussetzung für den Einsatz von Krisenintervention ist eine hinreichende Fähigkeit zur **sprachlichen Verständigung**. Klient und Helfer sollten eine gemeinsame Sprache so weit beherrschen, dass Mitteilungen über die eigene Befindlichkeit verbal möglich sind und richtig verstanden werden. Bei älteren Menschen besteht zudem oft das Problem erschwerter Verständigung aufgrund von beeinträchtigter Hörfähigkeit. Auch eine **fortgeschrittene Demenz** kann der Krisenintervention enge Grenzen setzen.

Alte Menschen, die wegen einer körperlichen Behinderung ihr Zuhause, manchmal auch ihr Bett, nicht mehr verlassen können, sollten hingegen nicht vom Hilfsangebot der Krisenintervention ausgeschlossen sein. Krisenintervention ist auch außerhalb der eigenen Institution des Helfers, den eigenen Praxisräumen, möglich und sinnvoll durchführbar. Es ist Aufgabe des Krisenhelfers, im Bedarfsfall für die erforderliche eigene Mobilität Sorge zu tragen.

7.3 Elemente der Krisenintervention

Im Zentrum der Krisenintervention steht das Gespräch. Es richtet sich – anders als eine Psychotherapie – auf sehr wenige, vordefinierte Ziele: Situationsklärung, Weichenstellung, Motivation.

Elemente der Krisenintervention

- Klärung
 - Psychosoziale Situation? (z. B. Wohnsituation? Versorgung?)
 - Beziehungsstruktur? (z. B. Partner? Konfliktpartner? Vereinsamt?)
 - Verhaltensrepertoire des Patienten? (z. B. kognitive Funktionen? Einengungen? Affekte?)
- Weichenstellung: Wie geht es jetzt unmittelbar weiter?
- Motivation zur Nachsorge/Therapie

7.3.1 Klärung

Die Klärung der akuten Situation, einschließlich der vom betroffenen Klienten benannten Auslöser der Suizidalität, erfolgt einerseits durch Gespräch und Befragung, andererseits aber auch durch die **Wahrnehmung des Suizidgefährdeten**:

- Wie verhält er sich?
- Welche Signale sendet er (unbewusst) aus?
- Welche Gefühle und Handlungsimpulse werden dadurch beim Helfer ausgelöst? (Szenisches Verstehen, Henseler 1981)

■ Psychosoziale Situation

Ebenso wichtig wie die Klärung der unmittelbaren Anlässe, die in die Suizidkrise hineingeführt haben, ist eine umfassende Erörterung der psychosozialen Situation des Betroffenen. Ohne Kenntnis seiner Lebensbedingungen ist eine erfolgreiche Krisenintervention kaum durchführbar. Wie beispielsweise ist seine Wohnsituation? Lebt er in den eigenen vier Wänden, in einem Heim, auf der Straße? Wie und mit Hilfe wessen wird er versorgt? Wie steht es um seine finanzielle Situation? Ist der gegenwärtige Lebensstatus in irgendeiner Weise bedroht? Gerade bei Menschen höheren Alters ist die sich anbahnende Notwendigkeit, aufgrund von Krankheit oder Behinderung aus den bisherigen Lebensbezügen herausgerissen zu werden, bereits ein häufiger Krisenanlass.

■ Beziehungen zum Umfeld

Weiterhin ist zu klären, in welchen Beziehungen der suizidale Klient lebt. Gibt es einen Partner, Freunde, vertraute Hausgenossen? Da auch im höheren Alter die meisten suizidalen Krisen im Zusammenhang mit Beziehungskonflikten entstehen oder zumindest vordergründig daran festgemacht werden, ist die Identifikation vorhandener Konfliktpartner wichtig – seien es ein verstockter Ehemann, die undankbaren Kinder, die verwilderten Enkel oder ein böser Nachbar, der keine Ruhe gibt. Die Benennung einer Person, die für die aktuelle Krise mitverantwortlich gemacht wird, sorgt zudem meist für eine gewisse Erleichterung und Entlastung beim Klienten, einen Aggressionsabbau, der die Bereitschaft bahnt, sich auf weitere Gespräche einzulassen – selbst wenn dadurch (wie es häufig geschieht) anschließend ganz andere Faktoren als Krisenauslöser zu Tage treten.

Bei hochbetagten Menschen zeigt sich bisweilen in diesem Zusammenhang, dass nahezu alle ihre Beziehungen ausgedörrt, dass sie im Alter total vereinsamt sind. Das bei vielen alternenden Menschen charakteristische Nachlassen ihrer sozialen Flexibilität hat dazu geführt, dass für die allmählich absterbende eigene Generation der Freunde und Verwandten rechtzeitig kein Ersatz gefunden wurde. Daraus entwickelt sich gegenüber den allein übrig bleibenden Kindern, den unmittelbaren Nachbarn oder Betreuern eine **Anspruchshaltung**, die für allfällige Konflikte wiederum den Boden bereitet und Vereinsamungsgefühle verstärkt.

■ Individuelle Einschränkungen und Ressourcen

Da gerade ältere Betroffene in der suizidalen Krise diese Zusammenhänge nicht einsehen können oder nicht anerkennen wollen, eröffnet sich hier eine gute Gelegenheit für den Helfer, Einsicht in das individuelle Verhaltensrepertoire des Klienten zu nehmen. Wie steht es um seine **kognitiven Funktionen**, seine Aufnahmebereitschaft, um die Kontrolle seiner Emotionen und Affekte? Wie stark sind sein Denken und Empfinden über die momentane suizidale Einengung hinaus vermindert funktionsfähig? Jeder Einzelne kann nur im Rahmen seiner verbliebenen geistigen Fähigkeiten eine Krise bewältigen – das hat das weitere Vorgehen in der Krise unbedingt zu berücksichtigen. In diesem Zusammenhang ergeben sich für den Helfer auch erste Hinweise auf das Vorliegen einer therapiebedürftigen psychischen Störung (z. B. Depression, Wahnideen), die Anlass sein können, eine psychiatrische Diagnostik und Beurteilung einzuschalten.

7.3.2 Weichenstellung

Ein weiteres Element der Krisenintervention neben der Klärung der aktuellen Situation ist die Weichenstellung. Es geht dabei um die Entscheidung, wie es jetzt unmittelbar weitergeht, sobald das Gespräch beendet sein wird – sozusagen um die Formulierung einer Alternative zum Nichts im Fall eines vollzogenen Suizids:

- Ist eine vorübergehende Aufnahme in einem Krankenhaus erforderlich?
- Sollten Medikamente eingesetzt werden, zur Entspannung, zur Beruhigung, zur Einleitung einer Therapie?
- Ist eine Krankschreibung nötig?
- Wer ist im Bedarfsfall die Kontaktperson in der kommenden Nacht?
- Mit wem spricht der Betroffene über seine Suizidalität?
- Muss jemand benachrichtigt werden?

Ältere Klienten haben zwar durchaus oft das Bedürfnis, mit Angehörigen oder Nichtprofessionellen über die aktuelle Krise zu sprechen, in die sie geraten sind, fühlen sich aber durch konflikthafte Beziehungen, die sie zu diesen Personen entwickelt haben, daran gehindert. Auch das ist eine häufig zu beobachtende, prinzipiell aber lösbare Verhaltenseinengung.

7.3.3 Motivation

Schließlich ist es Aufgabe der Krisenintervention, den Klienten zu motivieren, über die aktuelle Situationsklärung hinaus Hilfe in Anspruch zu nehmen. Es kann sich dabei um professionelle, meist ärztliche oder psychologische, Hilfe handeln oder auch um Nachbarschaftshilfe. Auf die häufig vorhandenen Befürchtungen v. a. älterer Klienten gegenüber jeder Form von Psychotherapie ist einzugehen; Vorurteile sollten durch Information und Klärung abgebaut werden. Zudem geht es darum, den Klienten zu bewegen, sich stärker als bisher auf Kommunikation und Beziehung zu seinem sozialen Umfeld einzulassen.

Letzteres berührt den Bereich der **Selbsthilfe**, die generell jeder neue Abhängigkeiten schaffenden Intervention, der Fremdhilfe, vorzuziehen ist, da sie die eigenen **Ressourcen** des Betroffenen mobilisiert und damit dessen seelische Befindlichkeit dauerhafter stabilisiert. Bei suizidalen alten Menschen allerdings stößt das Bemühen darum mitunter an schwer überwindbare Grenzen. Die oft schon über viele Jahre anhaltende Resignation, vom Leben nichts mehr erwarten zu können, lähmt Eigenaktivität und Interesse. Die Möglichkeit einer Veränderung wird gar nicht mehr ins Auge gefasst und mündet in sarkastische Kommentare zu den gut gemeinten Vorschlägen des Krisenhelfers.

An diesem Beispiel lässt sich die Selbstaussgrenzung, die der Suizidgefährdete betreibt, besonders gut verdeutlichen und ihm im Rahmen der Krisenintervention schonungsvoll vor Augen führen.

- Bei alten Menschen wird in vielen Fällen nicht mehr eine Veränderung der Lebensbedingungen, eine Neuorientierung im Leben, das Ziel sein können, sondern allein oder ganz überwiegend eine Aussöhnung mit den Gegebenheiten.

7.4 Phasen der Krisenintervention

Sowohl im zeitlichen Ablauf wie nach den Inhalten verläuft Krisenintervention in Phasen.

Phasen der Krisenintervention

- Unterbrechung der pathologischen Situation
- Herstellung einer tragfähigen Beziehung
- Klärung der Situation
 - Motivation
 - Weichenstellung
- Vorbereitung auf den Abschluss
- Reintegration im sozialen Umfeld

Zunächst muss die pathologische Situation, die in die Krise hineingeführt hat, unterbrochen werden. Häufig hilft eine räumliche Entfernung des Betroffenen vom unmittelbaren Konfliktfeld, seinem Zuhause, sie setzt sich allerdings auch in anderer Umgebung oft fort und lässt ein ruhiges Gespräch zunächst gar nicht zu. Hier ist es die Aufgabe des Krisenhelfers, für eine emotionale Entlastung zu sorgen, z. B. wie zuvor beschrieben durch die Ermöglichung von Aggressionsabfuhr. Voraussetzung für eine vertrauensvolle Gesprächsbeziehung ist die dem Suizidgefährdeten vermittelte Gewissheit, seine innere und äußere Situation zum Ausdruck bringen zu können, v. a. aber die Erfahrung, dass diese nicht wertend, sondern **wertschätzend** aufgenommen wird.

Das Angebot zu einem Krisengespräch kann diese Wertschätzung bereits vermitteln. Allerdings sollte der Krisenhelfer keine begeisterte Zustimmung seitens des suizidalen alten Menschen auf sein Angebot erhoffen. In seiner Einengung und resignativen Stimmungslage erwartet sich dieser zunächst meist keine wirksame Hilfe von einem Gespräch, sieht es in seiner Ambivalenz allenfalls als einen Strohhalm, nach dem er mehr intuitiv als überlegt greift. Hier ist es ratsam, statt weiterer Diskussionen über Sinn und Nutzen eines Gesprächs dieses möglichst sofort zu beginnen. Ein einleitender Satz könnte beispielsweise sein: »Wenn Sie sich für den Suizid entscheiden, werde ich Sie dauerhaft nicht davon abhalten können. Wir können jetzt aber gemeinsam darüber nachdenken, ob es wirklich der für Sie einzig mögliche Weg ist.«

Nach Herstellung einer tragfähigen Beziehung zwischen Klient und Krisenhelfer ist der nächste Schritt die Situationsklärung inklusive Weichenstellung und Motivation (wie oben beschrieben). Insgesamt erfordert Krisenintervention mindestens ein ausführliches, häufig auch mehrere Gespräche an verschiedenen Tagen. Mehr als 5 Termine sollten jedoch in der Regel ebenso wenig überschritten werden wie eine Gesprächsdauer von 30 bis maximal 50 min. Erscheint eine längere Intervention erforderlich, sollte diese besser in einer regulären Psychotherapie fortgeführt werden.

Mit Abschluss der Krisenintervention, der gut vorbereitet, rechtzeitig offen angesprochen und bewusst vollzogen werden sollte, erfolgt – soweit sich eine stationäre Therapie nicht unmittelbar anschließt – die Wiederherstellung der zuvor unterbrochenen Kommunikation im sozialen Feld des Betroffenen, seine Rückkehr in die vorherige Lebenssituation. Die Vorbereitung auf diesen letzten Schritt ist unabdingbar Teil der Krisenintervention.

7.5 Gesprächsführung

Gespräche mit Suizidgefährdeten sind oft wie das Wandeln auf einem schmalen Grat. Sie erfordern ein hohes Maß an Konzentration vom Krisenhelfer, um einerseits den Klienten in seiner sich selbst bedrohenden Situation voll zu erfassen, andererseits nicht durch unbedachte Bemerkungen dessen Rückzug aus der angebotenen Hilfe zu riskieren.

Die bisweilen im Raum stehende Befürchtung, mit dem Ausgang der Krisenintervention über Sein oder Nicht-Sein zu entscheiden, ist unberechtigt und ein Ausdruck von Unsicherheit sowie von Selbstüberschätzung auf Seiten des Helfers. Allein durch das Zustandekommen einer Intervention ist – nach Erwin Ringel¹ – die akute Suizidgefahr bereits mindestens um die Hälfte reduziert.

1 Psychiater in Wien (1921–1994), Promoter zur weltweiten Neubelebung von Suizidprävention nach dem 2. Weltkrieg, Gründer der Internationalen Gesellschaft für Suizidprävention (IASP).

Die bloße Tatsache, dass der Krisenhelfer nicht mit Angst und übereilter Aktivität auf die Mitteilungen des Klienten reagiert, ermöglicht diesem eine bessere Akzeptanz und mehr Toleranz gegenüber den eigenen belastenden Gefühlen und Erfahrungen. Wichtig sind dabei eine zurückhaltende, nichtdirektive Gesprächstechnik, ein klar definierter Gesprächsrahmen und eine offene Kommunikation darüber, was der Helfer als Information über die aktuelle Krisensituation verstanden hat.

- **Im Gespräch mit alten suizidalen Menschen ist es besonders wichtig, ein offenes und vertrauensvolles Verhältnis anzustreben, um deren oft sehr hartnäckige Skepsis gegenüber jeglicher Intervention zu überwinden.**

Für die Vertrauensbildung ist es immer günstig, wenn der Helfer zur Eröffnung des Krisengesprächs das wiedergibt, was er bis dahin über den Klienten und die Umstände, die in die gegenwärtige Krise hineingeführt haben, weiß, somit eine Art **Situationsskizze** abgibt. Was ist vorgefallen? Was ist Anlass für dieses Gespräch? Welche Informationen hat der Helfer möglicherweise bereits von dritter Seite (Angehörige, Hausarzt) erhalten?

Sodann sollte ein **Rahmen** vereinbart werden: Was sind Sinn und Ziel des Gesprächs? Wie ist der Zeitrahmen? Wie ist das weitere Vorgehen?

Nunmehr wird der Helfer dem Patienten zunächst Raum für dessen eigene Darstellung der Abläufe und der Vorgeschichte geben. Neben Gründen für die Krisenentstehung aus Sicht des Betroffenen, dem akuten Auslöser und möglichen Begleitumständen sollten auch lebensgeschichtliche Zusammenhänge einbezogen und verstanden werden. Die Anwendung **nicht-direktiver Gesprächstechnik** ist zu diesem Zeitpunkt besonders hilfreich, eine Gesprächsführung also, die dem Klienten Themenwahl und Tempo weitgehend selbst überlässt und allein mittels kontinuierlicher Rückmeldungen über das Wahrgenommene den Dialog intensiviert und zum Wesentlichen hinführt. Dabei ist jegliche Wertung des Mitgeteilten zu unterlassen. Der Klient sollte sich in seiner Not angenommen und wertgeschätzt fühlen; der Helfer bietet sich als ein interessierter belastbarer Gesprächspartner an – auch für schamhaft und angstvoll erlebte Themen. Todeswünsche sind ebenso wie anhaltende Suizidgedanken und -pläne offen anzusprechen und sollten keinesfalls übergangen werden. Die vorhandene Suizidalität sollte ernstgenommen, weder verharmlost, aber auch nicht dramatisiert werden. Die Frage: »Was hält Sie jetzt noch im Leben?«, erweist sich bisweilen als Türöffner zu neuen gedanklichen Perspektiven, die aus der suizidalen Einengung herausführen.

Parallel zum laufenden Gespräch ist der Helfer gehalten, sich in **diagnostischer Hinsicht** Gedanken zu machen. Gibt es Hinweise für das Vorliegen einer psychischen Erkrankung oder Sucht? Besteht diesbezüglich Unsicherheit, sollte der Helfer gezielt nachfragen. Die Wahrnehmung der Beziehung zum Klienten einschließlich aller Phänomene der **Übertragung** und **Gegenübertragung** ist Teil dieser diagnostischen Reflektionen.

Es empfiehlt sich, möglichst bereits beim ersten Termin den prozessartigen Verlauf jeder Krise dem Patienten gegenüber anzusprechen.

- **Ziel der Krisenintervention ist nicht eine möglichst rasche Konfliktlösung, sondern – im Gegenteil – die »Lösung« der Krise so lange wie möglich offen zu halten! (Dörner u. Plog 1980).**

Suizidpatienten tendieren aus durchaus nachfühlbaren Gründen (Scham, Ärger, Orientierungsverlust) dazu, rasch eine für die weitere Klärung der Situation ungünstige Abwehr-

fassade aufzurichten, die Suizidhandlung zu bagatellisieren und weitere Hilfe abzuwehren. Deshalb ist es die Aufgabe des Helfers, auf ein volles Verständnis der Krise hinzuarbeiten und diese in ihren Wurzeln umfassend auszuloten – nicht zu beruhigen und sie abzukürzen. Insbesondere bei alten Menschen ist es dabei wichtig, sich den kognitiven Bedingungen und dem individuellen Tempo des Betroffenen anzupassen, ihn weder zu überfordern noch zu infantilisieren.

Alle weiteren Schritte können jetzt in Absprache mit dem Klienten konkret und realistisch geplant und eingeleitet werden, mit Abschluss der Krisenintervention in vielen Fällen auch die Überleitung in eine Therapie. Zudem sollten nach Möglichkeit (und gleichfalls in Absprache) alle vorhandenen Ressourcen mobilisiert und genutzt werden, soziale Kontakte ebenso wie die Wiederaufnahme des Alltags, ggf. einschließlich einer beruflichen Betätigung. Mögliche Vorbehalte oder Befürchtungen seitens des Klienten bezüglich einer Fortsetzung der Gespräche sind direkt anzusprechen und zu klären, nicht zu beschwichtigen oder auszureden.

Auch wenn es bitter klingt: Es ist nicht die Aufgabe des Helfers, den Suizidpatienten in seiner oftmals vorhandenen Verzweiflung zu trösten, ihm zur Wiederaufnahme des Lebens mit wohlmeinenden Worten Mut zuzusprechen. Das freundlich gedachte Schulterklopfen mit einem Spruch wie: »Es wird schon wieder«, ist immer auch eine Form, Probleme und Leid des Gegenübers nicht ganz ernst zu nehmen. Im psychiatrischen Lehrbuch von Dörner und Plog heißt es dazu: »Trost und Ermutigung bei einem Verzweifelten ist Verspottung.« Im Umgang mit Suizidpatienten komme es »mehr auf die Haltung an als auf die Maßnahme« (Dörner u. Plog 1980).

7.6 Beziehungsgestaltung

Menschen, die die Absicht haben erkennen lassen, das Leben zu verlassen, erwecken bei den meisten, die ihnen begegnen, eine gewisse Scheu und Zurückhaltung, eine Unsicherheit, wie man ihnen begegnen kann. In der Tat erfordert die im Zuge einer Krisenintervention unvermeidbar sich entwickelnde Beziehung zwischen Klient und Krisenhelfer die Beachtung einiger Besonderheiten, die im Kontakt mit anderen Menschen keine oder doch nur eine mindere Rolle spielen. Dabei gilt es zu verhindern, dass es zu Überforderungen, zu für den Klienten schädlichem Fehlverhalten und – wie es nicht selten geschieht – zum Rückzug des Helfers aus der Kommunikation mit jenem kommt, der ihrer aktuell in besonderem Maße bedarf.

Eine dieser Besonderheiten beim Aufbau einer Beziehung zu Suizidpatienten ist der **kontrollierte Umgang mit Emotionalität**. Dem in einer seelischen Ausnahmesituation befindlichen Suizidgefährdeten ist allein mit kühler, sachlicher Distanz wenig geholfen. Stattdessen ist auf Seiten des Krisenhelfers die Bereitschaft gefordert, für alle Emotionen offen zu sein, auch für die verdeckten und verdrängten, recht vorbehaltlos, in der uneingeschränkten Offenheit auch für die tiefe Trauer, die ihm dabei oftmals entgegenschlägt. Diese **Trauer** führt nicht selten in die Bereiche **antizipierter Todestrauer**, wie sie suizidalen Menschen, besonders nach einem gescheiterten, sehr ernsthaft geplanten und durchgeführten Suizidversuch, häufig anhaftet. Sie gilt dem Scheitern der Suizidhandlung und den damit verbundenen, nunmehr nicht erfüllten Erwartungen und Hoffnungen.

Für den in dieser Weise emotional mitleidenden Zuhörer gibt es in dieser Situation wenig zu tun – außer der Bereitschaft, das Mitgeteilte auszuhalten. Auch wenn es dem noch Unerfahrenen manchmal schwer fallen mag: Er sollte sich aller Kommentierung, aller Bewertung, aller guten Ratschläge enthalten! Was er tun kann ist, das Wahrgenommene respektvoll zu spiegeln,

d. h. eine vorsichtige, niemals aber verletzende Rückmeldung der wahrgenommenen Emotionalität zu geben und dafür Verständnis zu entwickeln.

Ebenso wichtig wie die Bereitschaft zur Emotionalität ist für den Aufbau einer Beziehung im Rahmen der Krisenintervention die strikte Wahrung von **Ritualität**. Gemeint ist damit die Einhaltung eines stabilen Rahmens in der Beziehung – als Schutz gleichermaßen für den Klienten wie für den Helfer. Es gilt, eine gute, belastbare Balance zwischen Nähe und Distanz zum Klienten zu wahren.

- **Nähe** meint in diesem Zusammenhang die beschriebene emotionale Zugewandtheit mit den kommunikativen Signalen:
 - »Ich bin für Sie da ...«
 - »Ich bin bereit, Sie zu akzeptieren ...«
 - »Ich bin bereit, Ihnen zuzuhören ...«
 - »Ich bin bereit, Sie zu begleiten ...«
- **Distanz** heißt in diesem Kontext
 - »Ich bin (nur) in einer ganz bestimmten Weise für Sie da ...«

Der angebotene Kontakt ist weder unbegrenzt noch beliebig. Es handelt sich immer um eine »Beziehung auf Zeit«, und das ist deutlich zu machen. Zugleich bedeutet Distanz der Verzicht auf jegliches Mitagieren, die strikte Einhaltung **therapeutischer Abstinenz**.

Seitens des Helfers wird die Entwicklung einer Beziehung im Kontakt mit Suizidpatienten sehr gefördert, wenn er in allen seinen Äußerungen und Handlungen um Klarheit und Ehrlichkeit, auch sich selbst gegenüber, bemüht ist, mit erkennbarer Zielorientierung im Denken und Handeln. Er sollte absolut verlässlich sein, Respekt vor Entscheidungen des Klienten haben und angstfrei sein vor dem Suizid (was in der Regel eine gewisse Auseinandersetzung mit der eigenen Suizidalität voraussetzt). Weil die Angst vor einem möglichen Suizid den Helfer erpressbar macht und damit jede Krisenintervention lähmt, ist eine klare Definition des Verantwortungsspektrums des Helfers wie auch ein Bewusstwerden eigener suizidaler Anteile unabdingbar. Auch dafür benötigt der Helfer eine Geborgenheit im Team, die Rückendeckung der Institution, für die er tätig ist.

Ältere suizidale Menschen wiederholen im Gespräch mit dem Krisenhelfer oftmals Beziehungssituationen, die auch ihre Beziehungen mit anderen, ihnen wichtigen Menschen charakterisieren. Dieses Verhalten (Übertragung) kann zu aggressiven Interaktionen führen, bisweilen auch zu einem konflikthaften Erleben mit Loyalitäts-, Aggressions- und auch Selbstwertkonflikten auf beiden Seiten, deren Ursprünge in Kindheit und Jugend zu finden sind. Für den Helfer ist dabei die Beobachtung der Art und Weise wichtig, wie der Ältere mit ihm umgeht, welche Gefühle dabei zum Ausdruck gebracht werden und was bei ihm selbst ausgelöst wird. Dieses Verhalten des älteren Suizidalen ist als Teil seiner Persönlichkeit und seiner Beziehungsgeschichte zu verstehen und nicht als ein direkter Angriff auf die Person des Krisenhelfers zu werten. Eine entsprechende, die Distanz wahrende Haltung ist möglich, wenn sich der Helfer seiner eigenen professionellen Rolle stets bewusst bleibt und danach handelt, die eigenen persönlichen Ressourcen (z. B. auch die aktuelle psychische Belastbarkeit) kennt und in einer der Situation angemessenen Form respektiert.

Im Umgang mit Suizidgefährdeten entwickelt sich Beziehung meist ganz ungewöhnlich rasch – schneller als in jeder anderen therapeutischen Begegnung. Das mag durch die existenzielle Situation akuter Suizidalität bedingt sein. Geschieht nichts Ungewöhnliches und kein therapeutisches Fehlverhalten, erreicht sie in kurzer Zeit einen Kulminationspunkt, um sich anschließend – kontinuierlich oder schrittweise – wieder zu lockern, entsprechend der

fortschreitenden Auflösung der suizidalen Einengung des Klienten. Dieser recht früh einsetzende Distanzierungsprozess innerhalb der therapeutischen Beziehung mag vom Helfer nicht immer nur mit Erleichterung, sondern auch mit Kränkungsgefühlen (»Gegenübertragung«) aufgenommen werden. Er tut dann gut daran, sich ins Bewusstsein zu rufen, was Beziehung in der Krisenintervention nicht ist (oder allenfalls nur kurzfristig sein darf oder sein sollte): Sie ist nicht eine ständige Verfügbarkeit des Helfers. Sie enthält nicht eine Bereitschaft oder gar ein Verpflichtungsgefühl des Helfers, über die konkrete Verabredung hinausgehende Verantwortung tragen zu müssen. Und sie ist nicht eine Haltung des Helfers, den Patienten von Wegen zu entlasten, die dieser selbst suchen und gehen muss.

7.7 Begleitmaßnahmen und Beendigung der Krisenintervention

Wichtige Fragen, die sich im Verlauf eines Kriseninterventionsgesprächs immer wieder stellen, sind:

- Wie geht es jetzt unmittelbar weiter?
- Wer ist als Ansprechpartner unmittelbar verfügbar?
- Welche Personen werden einbezogen?
- Ist eine stationäre Unterbringung notwendig, ggf. auf einer geschützten Station?
- Ist eine medikamentöse Therapie (vorübergehend) sinnvoll?

Da der Suizidgefährdete in der Regel wieder in seine bisherige Lebenssituation zurückkehren wird, stellt sich die Frage, mit welchen Herausforderungen er dort konfrontiert sein wird, welche Unterstützung er erwarten kann. Mit wem wird er über die aktuelle Krise oder den bereits erfolgten Suizidversuch sprechen? Soll er das Geschehen seinen Nachbarn und – falls noch berufstätig – am Arbeitsplatz mitteilen oder besser Ausreden erfinden? Ist es sinnvoll, vor einer vollständigen Klärung der Krisensituation zu verreisen? Auf alle diese Fragen gibt es keine allgemein gültigen Antworten, sie müssen individuell besprochen, die möglichen Alternativen gemeinsam abgewogen werden.

Angehörige sollten grundsätzlich in eine Krisenintervention miteinbezogen werden – zunächst in separaten Gesprächen, zu einem späteren Zeitpunkt mit Einverständnis des Klienten auch gemeinsam. Ist die gesamte Familie von der Krise betroffen, sind bisweilen (wie bei Jugendlichen fast regelmäßig) **gemeinsame Familiensitzungen** von vornherein zu empfehlen.

Ebenso ist die Frage zu klären, welche sozialen und therapeutischen Hilfen in der Folgezeit in Anspruch genommen werden sollten – und welche überhaupt zur Verfügung stehen. Ist eine Psychotherapie angezeigt, so darf die Suche nach einem vielerorts raren Therapieplatz nicht allein der Initiative des noch in der Krise Befindlichen überlassen bleiben. Es bestünde die Gefahr, dass er nach wenigen vergeblichen Anläufen resigniert aufgibt. Inzwischen haben sich an verschiedenen Orten Therapieangebote etabliert, die sich speziell an ältere Menschen richten und leichter erreichbar sind. Auch die weitere Betreuung durch **Kriseninterventionszentren** oder spezialisierte Laienhelfergruppen (wie z. B. der in Süddeutschland vielerorts vertretene »Arbeitskreis Leben«) ist in Betracht zu ziehen.

Bei ausgeprägter Suizidalität und fehlender sozialer Unterstützung sollte die Einweisung in eine (geronto-)psychiatrische Klinik erfolgen – bei **fehlender Absprachefähigkeit** auf eine beschützte (geschlossene) Station. Betrifft die aktuelle Krise die ganze Familie, so ist die vorübergehende Herausnahme aus dem Krisenfeld oftmals angezeigt. Auch eine erkennbare

Fremdgefährdung, beispielsweise die Drohung mit **erweitertem Suizid**, erfordert bei entsprechendem Handlungsdruck eine stationäre psychiatrische Behandlung.

Indikationen zur Einweisung in eine psychiatrische Klinik

- Schwerer, nur durch Zufall überlebter Suizidversuch
- Weiter bestehende Suizidabsicht
- Psychotische Symptomatik
- Schlechte Qualität des therapeutischen Kontakts
- Fremdgefährdung, Drohung mit erweitertem Suizid
- Soziale Situation, Herausnahme aus dem Krisenfeld angezeigt
- Kein ambulantes Hilfsangebot verfügbar

Die **Gabe von Psychopharmaka** ist zwar nicht bei jeder suizidalen Krise erforderlich, erleichtert jedoch deren Handhabung in vielen Fällen. Medikamente können auf eine bloße Beruhigung der Situation zielen, auf eine Verbesserung der Stimmungslage oder auch direkt auf die Minderung von Suizidalität. Unabhängig davon ist die einzuleitende Therapie bei diagnostizierter psychischer Erkrankung als Auslöser der Krise ein zwingendes Erfordernis.

- **Vor Beendigung der Krisenintervention ist Sorge zu tragen, dass der Klient weiß, an wen er sich nunmehr wenden kann. Eine direkte Information des Hausarztes ist insbesondere immer dann anzustreben, wenn zunächst keine spezifische Weiterbehandlung vereinbart ist.**

Wie und in welchem Ausmaß die Kommunikation über die Inhalte der Krisenintervention an Weiterbehandelnde erfolgen soll, ist mit dem Klienten möglichst genau abzusprechen.

7.8 Fallstricke in der Krisenintervention

Auch wenn (nach Dörner u. Plog 1980) die Haltung des Helfers im Gespräch mit dem Suizidgefährdeten sehr viel wichtiger ist als jede spezifische Maßnahme oder als eine bestimmte Wortwahl im Gespräch, sind dennoch Faktoren zu beachten, die den Erfolg der Krisenintervention beeinträchtigen, wenn nicht gar verhindern können.

Ein solcher Fallstrick ist insbesondere die **Angst des Helfers** vor dem Suizid des Patienten. In der bisweilen hochdramatischen Zuspitzung einer Suizidkrise ist diese Angst zunächst durchaus verständlich. Sie lähmt jedoch, da sie das Denken des Helfers schließlich ganz auf die Verhinderung eines Suizids konzentriert, die Entwicklung von Fantasien zu alternativen Lebensmöglichkeiten des Klienten und beeinträchtigt die Wahrung einer angemessenen Balance zwischen Nähe und Distanz.

- **Der Helfer muss sich jederzeit bewusst bleiben, dass Krisenintervention immer nur ein Angebot sein kann, niemals eine Verpflichtung, der jeder Klient bedingungslos zu folgen hat.**

Um von dieser Angst nicht überrumpelt zu werden, sollte sich jeder Krisenhelfer **mit seiner eigenen Suizidalität auseinandergesetzt** haben – ein im Allgemeinen tabuisierter Bereich. Jeder Mensch hat (im Gegensatz zu allen anderen Kreaturen) die Fähigkeit, das eigene Leben vorzeitig zu beenden, auch wenn die wenigsten diesen Schritt tun. Es gibt wohl kaum einen Menschen, der nicht irgendwann im Geheimen darüber nachgedacht hat, unter welchen Umständen für ihn eine solche Entscheidung opportun wäre. Nur wenn er sich mit dieser Möglichkeit als auch für sich selbst gültig immer wieder auseinandersetzt, ist er frei, sich jederzeit auch gegen den Suizid zu entscheiden – ohne Angst, von der eigenen Suizidalität überwältigt zu werden.

Weitere Fallstricke sind eine unterlassene oder ungenaue **Differenzialdiagnose** der psychischen Situation des Klienten, beispielsweise die **Verkennung eines Wahnzustands**, so dass die erforderliche Therapie nicht rechtzeitig eingeleitet wird. Mangelnde Verlässlichkeit des Helfers und mangelnde Abstimmung im Helferteam interpretieren viele Suizidgefährdete als mangelndes Interesse an ihrer Person und ziehen daraus selbstgefährdende Konsequenzen. Eine Überängstlichkeit des Helfers ist genauso kritisch wie andererseits seine Selbstüberschätzung.

Ein hinreichendes Maß an Sicherheit im **Team** und innerhalb der Institution ermöglicht dem Helfer in der Regel, diesen Fallstricken zu entgehen. Zudem ist die Möglichkeit zu einer **Supervision** oder auch Intervision unerlässlich, auf jeden Fall empfehlenswert die regelmäßige Teilnahme an einer kontinuierlichen Balint-Gruppe.

7.9 Krisenintervention nach Suizidversuch

Nach einem Suizidversuch steht die Sicherung des Lebens an erster Stelle, z. B. durch Aufnahme zur medizinischen Notfallbehandlung; jedoch sollte so früh wie möglich auch das Gespräch mit dem Suizidgefährdeten gesucht werden. Im Rahmen der **somatischen Versorgung** (z. B. **Entgiftung**) erfolgt dann bereits ein **Erstkontakt** mit dem Klienten, oft kommt es auch zu Gesprächen, die im günstigen Fall als Teil der Krisenintervention gewertet werden können. Auch wenn der für die Notfallmaßnahmen am Krankenbett zuständige Arzt sich für den therapeutisch adäquaten Umgang mit Suizidpatienten gar nicht gerüstet und hinreichend ausgebildet sieht, kann er sich der Kommunikation mit seinem Patienten nicht entziehen, denn »man kann nicht **nicht** kommunizieren« (Watzlawick et al. 1969).

Weil jeder menschliche Kontakt, der über eine flüchtige Ansprache und rasche Erste-Hilfe-Maßnahmen hinausgeht, zu einer Beziehung geriert, wäre es am günstigsten, diese bereits aufgebaute auch für die weitere Intervention zu nutzen. Oft findet allerdings ein Wechsel der zuständigen Personen statt, wodurch die weitere Hilfe erschwert und die Motivation des Klienten geschwächt sein kann. Erforderlich ist deshalb eine sehr gute Absprache, z. B. zwischen den somatisch Tätigen im Rahmen der ersten Hilfe und demjenigen, der die weitere Krisenintervention übernimmt. Fast jeder Suizidpatient neigt dazu, nach überlebter Suizidhandlung so rasch wie möglich in den Alltag zurückzukehren und das Geschehen zu verdrängen oder zu verleugnen. Die Krisenintervention muss deshalb so früh wie nur irgend möglich einsetzen, um noch Erfolg zu haben.

Auch Angehörige sollten noch in der Phase der medizinischen Erstversorgung informiert und beraten werden.

7.10 Krisenintervention nach vollzogenem Suizid

- Nach einem Todesfall infolge Suizids geraten die nächsten Hinterbliebenen oftmals selbst in eine suizidale Krise. Partner und andere sehr Nahestehende haben im ersten Jahr nach dem Suizid ihres Angehörigen ein deutlich erhöhtes Suizidrisiko. Aus diesem Grunde sollte auch Hinterbliebenen möglichst rasch ein Angebot zur Krisenintervention gemacht werden.

Auch wenn dabei prinzipiell dieselben Ziele wie auch sonst in der Krisenintervention verfolgt werden, geht es hier v. a. darum, den mit dem Suizidtodestfall verbundenen Emotionen zur Aussprache, zum Ausdruck zu verhelfen. Neben der oft überwältigenden Trauerreaktion, die ein plötzlicher und unerwarteter Todesfall bei nahen Angehörigen in der Regel auslöst, sind nach einem Suizid zusätzlich **Schuldgefühle** und **Selbstvorwürfe** zu erwarten, die Gefahr nicht rechtzeitig bemerkt, ihr nicht rechtzeitig entgegengewirkt zu haben. Sehr häufig entladen sich im Rahmen einer Krisenintervention für Hinterbliebene auch massive Aggressionen gegenüber dem Verstorbenen – sei es, dass dieser den Hinterbliebenen »einfach alleingelassen« hat, sei es wegen der Heimlichkeit, mit der die Suizidhandlung vollzogen wurde und die bisweilen als »Betrug« empfunden wird.

Auch hier ist nicht auf eine rasche »Lösung« der Krise hinzuarbeiten. Stattdessen braucht sie Zeit und Raum, um bewältigt zu werden und eine Neuorientierung zu gestatten. Im Vordergrund stehen im Gespräch mit Hinterbliebenen daher **Verstehen** und **Entlastung**, die bedrängenden Gefühle gemeinsam auszuhalten und zu teilen, gegenseitige Schuldzuweisungen zu vermeiden.

Bei Suizidfällen in Institutionen sollte das Gespräch baldmöglichst mit anwesenden Patienten bzw. Heimbewohnern gesucht werden, um die jeweilige individuelle Verarbeitung des Suizids zu fördern. Dadurch wird auch die bisweilen drohende Gefahr von **Imitationssuiziden** reduziert. Da ein Suizid auch bei den beteiligten Professionellen oft intensive negative Gefühle hinterlässt, empfiehlt es sich, wenige Tage nach dem Vorkommnis eine gemeinsame Konferenz abzuhalten, bei der von allen Teilnehmern noch einmal alle Gefühle und Gedanken zum Suizid und zum Suizidenten ausgetauscht werden sowie ergänzende Informationen gegeben werden können – ohne Bewertung, Schuldzuweisungen oder gar Dispute um juristische Konsequenzen.

Nach Abschluss der Krisenintervention mit Hinterbliebenen nach einem Suizid ist diesen die Teilnahme an einer Serie von Gruppensitzungen mit in gleicher Weise Betroffenen anzuraten, wie sie vielerorts – von kirchlichen Einrichtungen oder Laienaktivitäten – angeboten werden.

7.11 Organisationsformen der Krisenintervention

- Krisenintervention kann unter Beachtung ihrer Regeln praktisch überall durchgeführt werden; sie ist nicht an eine bestimmte Institution gebunden.

Wegen der mit akuter Suizidalität verbundenen Dringlichkeit wird Krisenintervention im Allgemeinen dort angeboten, wo Krisenpatienten regelhaft erscheinen:

- in psychiatrischen Abteilungen und Ambulanzen,
- in Notfalldiensten,

- in psychosomatischen Abteilungen,
- in den Notaufnahmen von Allgemeinkrankenhäusern.

Soweit die Organisation einer Praxis das zulässt, sind auch niedergelassene Psychiater und psychologische Psychotherapeuten bereit, Kriseninterventionen durchzuführen.

Mancherorts gibt es Kriseninterventionszentren, die sich speziell der **Hilfe für Suizidgefährdete** widmen. Diese ursprünglich in den USA entstandenen Einrichtungen sind nicht in das allgemeine medizinische Versorgungssystem integriert. Sie haben den Vorzug, nicht das von Krisenpatienten oft gescheute Label professioneller psychiatrischer Versorgung zu tragen, sind andererseits auf eine Finanzierung außerhalb des Gesundheitssystems mit entsprechenden Restriktionen angewiesen.

Außerhalb des medizinischen Versorgungsbereichs gibt es zudem eine ganze Reihe von **Krisenhilfsdiensten**, die von Sozialberufen oder geschulten, ehrenamtlich tätigen Laien angeboten werden. Sie sind in Deutschland nicht einheitlich organisiert und bisweilen schwer aufzufinden. In Großbritannien sind diese Hilfsdienste als »Samaritans« überregional organisiert und – inzwischen auch in vielen Ländern der Dritten Welt – gut bekannt und erprobt.

Auch weitergebildete Theologen leisten vielerorts Krisenintervention, beispielsweise als **Notfallseelsorger**, die zu schweren Unfällen mit Toten und Schwerverletzten, aber auch bei Suizidfällen hinzugezogen werden.

- **Krisenintervention, die sich speziell an ältere Menschen richtet, ist in Deutschland bislang nur unzureichend organisiert. Mit der erwarteten Zunahme alter, aber auch kranker und behinderter Menschen in den kommenden Jahrzehnten dürfte sich in naher Zukunft diesbezüglich eine Änderung mit dem Aufbau von Krisenhilfe gerade für die bedürftigste Altersgruppe anbahnen.**

7.12 Was qualifiziert zum Krisenhelfer?

Eine aufgrund von Vergleichsdaten wissenschaftlich begründete Qualitätsbeschreibung für Krisenhelfer liegt bislang nicht vor. Auch wenn eine gute psychotherapeutische Ausbildung und langjährige Erfahrung in der Krisenintervention von hohem Wert sind, die Arbeit zumindest wesentlich erleichtern, können auch weniger geschulte Mitarbeiter unter Anleitung und **Supervision** wertvolle Arbeit leisten. Ebenso können angemessen ausgebildete Sozialarbeiter und Pflegepersonen sowie andere im sozialen Bereich engagierte Berufsgruppen in diese Arbeit einbezogen werden.

Neben der Vermittlung suizidologischen Basiswissens, das sich auf epidemiologische Grunddaten, die wesentlichen Ursachen und die Dynamik von Suizidalität bezieht, muss das Gespräch mit Krisenpatienten intensiv vorbereitet werden, z. B. unter Nutzung von **Rollenspielen**. Am wichtigsten aber ist die Vermittlung jener Haltung gegenüber dem Suizidgefährdeten, die – wie oben beschrieben – ein echtes, wertschätzendes Interesse am Klienten bekundet und zugleich erlaubt, die für die Krisenintervention erforderliche Balance zwischen Nähe und Distanz zu wahren. Die Anerkennung und Auseinandersetzung mit eigenen suizidalen Anteilen und anderen psychischen Konfliktthemen ist dabei unerlässlich.

Jeder Krisenhelfer sollte bereit sein, sich selbst Hilfe in Form einer Supervision zu suchen und sich nach Möglichkeit in ein **Team** einzubringen.

- **Mitarbeiter in geriatrischen Versorgungseinrichtungen, in Pflegeheimen und Altenwohnanlagen, sind in besonderem Maße gehalten, sich Grundkenntnisse der Krisenintervention anzueignen. Sie sind oft die einzigen, die alten suizidgefährdeten Menschen als Ansprechpartner zur Verfügung stehen. Und sie sind diejenigen, die eine Suizidgefährdung rechtzeitig bemerken und ggf. erfolgreich intervenieren können.**

Literatur

- Dörner K, Plog U (1980) Irren ist menschlich, 4. Aufl. Psychiatrie-Verlag Wunstorf, Rehburg-Loccum
- Henseler H (1981) Krisenintervention – Vom bewussten zum unbewussten Konflikt des Suizidanten. In: Henseler H, Reimer C (Hrsg) Selbstmordgefährdung – Zur Psychodynamik und Psychotherapie. Frommann-Holzboog, Stuttgart, S 136–156
- Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD (1969) Menschliche Kommunikation. Huber, Bern

Psychiatrische Behandlung und Psychotherapie

Reinhard Lindner, Barbara Schneider, Sylvia Schaller, Claus Wächtler

- 8.1 Aktueller Stand der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung suizidaler Älterer – 92**
- 8.2 Stationäre und ambulante psychiatrische Behandlung – 92**
- 8.3 Stationäre Behandlung akuter Suizidalität im Alter – 93**
- 8.4 Konsil/Liaisonbehandlung der Suizidalität älterer Patienten – 95**
- 8.5 Psychoanalytische und verhaltenstherapeutische Psychotherapie der Suizidalität im Alter – 97**
- 8.6 Psychotherapeutische Prozesse mit suizidalen Älteren – 97**
 - 8.6.1 Der depressive Modus – 97
 - 8.6.2 Der psychosomatisch-suizidale Modus: – 99
 - 8.6.3 Der regressiv-rückzügige Modus – 100
- Literatur – 102**

8.1 Aktueller Stand der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung suizidaler Älterer

Suizidalität ist ein Kernphänomen aller psychiatrischer Erkrankungen bei Älteren, besonders bei Depressionen, Psychosen und Alkoholabhängigkeit. In einer schwedischen Studie wurden psychiatrische und nichtpsychiatrische hochbetagte Patienten (85+) miteinander verglichen: 9,2% der psychiatrischen Patienten hatten Suizidwünsche (verglichen mit 0,9% der Kontrollpersonen), und 1,7% der psychiatrischen Patienten hegten explizite Suizidpläne (0% der Kontrollen) (Skoog et al. 1996).

Die häufig unabwendbaren negativen Erfahrungen körperlicher Erkrankungen führen bei vielen Älteren zu sozialen Defiziten und Abhängigkeiten wie auch zu Veränderungen in der Qualität von wichtigen Beziehungen (Wagner et al. 1996). 8,7% der selbstständig lebenden über 60-jährigen psychiatrischen Patienten mit der Diagnose einer **Major Depression** unternahmen innerhalb eines Jahres einen Suizidversuch (Zweig et al. 1993). Unerkannte und unbehandelte Depressionen werden als Hauptursache für die – insgesamt recht seltenen – Suizide in Alten- und Pflegeheimen (0,9% aller Suizide) angesehen (Suominen et al. 2003).

Die Gruppe der Älteren ist, verglichen mit Jüngeren, überproportional an den Suiziden beteiligt. Im Gegensatz dazu ist der Anteil Älterer unter denjenigen, die professionelle Beratung und Therapie suchen, unterrepräsentiert (Erlemeier 2002). Viele Ältere werden suizidal mit der Angst vor schwerer körperlicher Krankheit oder Demenz, vor Abhängigkeit und vor schlechter und entwertender Hilfe (Lindner et al. 2006). Als besondere **Risikogruppe** gelten alte, allein lebende Männer, verwitwet oder geschieden mit wenigen sozialen Kontakten und Ressourcen (Canetto 1991; Cattel 2000; Kapusta u. Sonneck 2004).

8.2 Stationäre und ambulante psychiatrische Behandlung

➤ **Zwar wollen viele alte Menschen über ihre Suizidalität in erster Linie mit Angehörigen sprechen, der Hausarzt ist jedoch immer noch der erste professionelle Ansprechpartner für sie.**

Die direkte Kontaktaufnahme mit einem ambulant tätigen Psychiater und Psychotherapeuten ist viel seltener. Wahrscheinlich spielt gerade bei den Hochbetagten auch die in der Zeit des Nationalsozialismus entwickelte Furcht vor einer Psychiatrie eine Rolle, die unter dem Deckmantel der Hilfe zur Vernichtung vieler psychisch Kranker beitrug (Roelcke u. Schneider 2012).

Wie bereits beschrieben sind Ältere sowohl in der ambulanten als auch der stationären psychiatrischen Versorgung unterrepräsentiert. Niedergelassene Psychiater sind zudem nur selten auch gerontopsychiatrisch weitergebildet. Eine Weiterverweisung Älterer in ambulante Psychotherapie ist gerade bei Suizidalität sehr selten.

Bei **akuter Suizidalität** mit drängendem Handlungsdruck wird meist eine **stationär-psychiatrische Behandlung** angestrebt, um die Sicherheit des Patienten zu gewährleisten und um eine angemessene Behandlung zu ermöglichen. Dies gilt besonders,

- wenn ein konkreter, zeitnaher Termin für einen Suizid genannt wird,
- wenn kein Kontakt im Gespräch zu erreichen ist oder
- wenn schwere psychiatrische Symptome wie z. B. ein Wahn vorliegen (Schneider et al. 2011).

Fallbeispiel: 85-jähriger Patient mit wahnhafter Symptomatik

Der 85-jährige Patient war als erfolgreicher Geschäftsmann bekannt und als besonders freundlich und entgegenkommend sehr geschätzt. In den letzten Monaten nahm seine Sehminderung aufgrund einer Makuladegeneration erheblich zu. Er erlebte sich ausgeliefert und geriet zunehmend in die Vorstellung, dass auch diejenigen, mit denen er sich lange sehr verbunden gefühlt hatte, gegen ihn Ressentiments hegen und ihm etwas Böses wollten. Das Gefühl, nicht mehr so vital am Leben und an Gesprächen teilhaben zu können, nahm zu. Er reagierte mit Aufregung und unterschwelligem wahnhaften Ärger. In diesem Zusammenhang begann er, seine Medikamente abzusetzen, nicht mehr zu essen und zu trinken und geriet in ärgerliche Verzweiflung mit dem drängenden Gedanken, sich durch Sprung vom Balkon seines Hauses zu suizidieren. Die Situation eskalierte, als er auf dem Balkon versuchte, die Gitter zu überwinden. Man hielt ihn zurück, er drohte aber weiterhin, die nächste Möglichkeit zu wählen, um zu springen, und zog sich in seine Bibliothek zurück. Die hinzugezogene Hausärztin versuchte, ihm Medikamente zu geben und mit ihm in eine psychiatrische Klinik zu fahren. Beides lehnte er strikt ab. Sie beriet sich mit einem Psychiater, der zu einer Zwangsunterbringung riet. Als der Patient diesen »Druck« bemerkte, stimmte er einer Fahrt in die nächste psychiatrische Klinik zu.

8.3 Stationäre Behandlung akuter Suizidalität im Alter

Nach einem schweren Suizidversuch, bei weiterhin akut bestehender Suizidabsicht oder psychotischer Symptomatik, aber auch bei Hilflosigkeit und körperlichen Einschränkungen ist eine stationäre Behandlung notwendig. Erfolgt dies gegen den Willen des Patienten oder ist im Gesprächskontakt keine verlässliche Absprache über Verbleib und Behandlung in der Klinik möglich, sollte die Einweisung in eine (geronto-)psychiatrische Klinik erfolgen. Bei fehlender Absprachefähigkeit muss die Unterbringung vorübergehend »beschützend«, d. h. geschlossen, erfolgen. In einer solchen Einrichtung kann eine 24-Stunden-Betreuung und Überwachung durch erfahrenes Personal sichergestellt werden – wohl die wichtigste Voraussetzung, bei akuter Suizidalität einen Suizid zu verhindern.

Für Patienten, die in einer stationären Einrichtung behandelt werden, sollte ein »therapeutisches Milieu« bereitgehalten werden. Ein solches Milieu muss Transparenz, Verlässlichkeit, Empathie, Gehaltenwerden ermöglichen. Längerfristig gilt es, Offenheit, Selbstreflexion, Selbstvertrauen und Selbstständigkeit zu fördern und psychische Reifungsschritte zu unterstützen. In vielen Kliniken gibt es mittlerweile dafür spezielle Stationen, in denen ältere Menschen mit Depressionen und Suizidalität behandelt werden.

Im Vordergrund der therapeutischen Maßnahmen stehen (Krisen-)Gespräche bzw. kurzpsychotherapeutische Maßnahmen in Kombination mit Psychopharmaka:

Gespräch Gilt als die wirksamste Hilfe bei akut Suizidgefährdeten. Gerade schwer depressive und negativistisch eingestellte ältere Suizidale neigen dazu, das Gesprächsangebot abzulehnen und den Therapeuten abzuwerten. Diese Ablehnung kann sowohl den Arzt und Psychologen als auch die Pflegekraft treffen. Damit durch die, meist im Dienste der Abwehr von Enttäuschungsängsten des Patienten stehenden, Angriffe auf die therapeutische Beziehung gerade diese nicht abgebrochen wird, bedarf es entsprechender Kompetenz, Selbstreflexion, Intervention und Supervision im Team. Wegen der meist kurzen Aufenthaltsdauer eines suizidalen älteren Menschen in der psychiatrischen Klinik, aber auch aufgrund begrenzter personeller

Ressourcen sollten Gespräche bzw. psychotherapeutische Maßnahmen in der Regel höherfrequent, zeitbefristet und fokussiert auf die bewusste aktuelle Konfliktlage erfolgen.

Psychopharmakabehandlung Bei mittelschwerer und schwerer Depression und Suizidalität ist zusätzlich die Behandlung mit Psychopharmaka geboten. **Antidepressiva** zielen auf eine Besserung der depressiven Stimmungslage mit Minderung des Gefühls der Hoffnungslosigkeit, der kognitiven Einengung, der inneren Unruhe und der Schlafstörung. Ein psychiatrisches Paradigma besagt, dass durch die Linderung dieser Symptome auch die Suizidalität gemindert werden kann. Eine direkte antisuizidale Wirkung wurde bei Antidepressiva bisher nicht nachgewiesen. Bei Älteren werden vorrangig die neueren nebenwirkungsärmeren Antidepressiva eingesetzt (Wächter 2014).

➤ **Ältere trizyklische Antidepressiva zeigen nicht nur gerade bei Älteren eine Reihe unangenehmer Nebenwirkungen, sondern weisen auch eine erhöhte Letalität bei Überdosierung auf.**

Dass aber auch die neueren Antidepressiva nicht ohne Nebenwirkungen sind, zeigt aktuell das Beispiel des Citalopram: Da dieses Präparat häufiger zu Herzreizleitungsverzögerungen (QT-Zeitverlängerung) führt, erging ein Warnhinweis der herstellenden Firma und darf dieses Präparat Älteren nur in einer Dosis von maximal 20 mg täglich und nicht in Kombination mit weiteren die QT-Zeit verlängernden Medikamenten verordnet werden. Bei **dranghafter Suizidalität**, besonders mit starker innerer Unruhe, sollte die antidepressive Medikation mit einem **Benzodiazepin** oder mit **niederpotenten Neuroleptika** kombiniert werden (Wolfersdorff 1997). Bei langfristiger Anwendung wird **Lithium**, insbesondere bei bipolar affektiven Störungen, eine antisuizidale Wirkung zugeschrieben (Bronisch 2011). Bei psychotischer Depression sollte die Kombination mit einem (in der Regel atypischen) Neuroleptikum erwogen werden.

Weitere Maßnahmen Weitere wichtige, allerdings bzgl. ihrer Wirksamkeit auf Depressivität und Suizidalität unzureichend evaluierte therapeutische Angebote sind **körperliche Bewegung**, **Ergotherapie** oder **Lichttherapie**. Häufig können auch **sozial unterstützende Maßnahmen** oder die adäquate **Therapie körperlicher Erkrankungen** psychische Entlastung schaffen und Suizidalität abklingen lassen. Wichtig ist v. a. die Vernetzung einzelner erforderlicher therapeutischer Maßnahmen, was im stationären Setting oft eher gelingt als im ambulanten Bereich.

Nach Entaktualisierung akuter Suizidalität und Abklingen depressiver Symptome bedarf es der Überleitung in die ambulante Therapie.

Fallbeispiel: Suizidalität bei Verlust von Halt und Schutz

Die 70-jährige Patientin war bereits seit 2 Jahren deutlich depressiv. Eine erhebliche Verschlechterung erlebte sie, nachdem ihr Mann schwer erkrankte und sie Sorge hatte, ihn zu verlieren. Auch sie selbst erkrankte mehrfach körperlich schwer. Zudem ging ihr Nervenarzt in Ruhestand; zu seinem Nachfolger fasste sie kein Vertrauen. In dieser Situation wurde sie auf der Station zur Behandlung depressiver älterer Patienten einer gerontopsychiatrischen Abteilung aufgenommen. Wie auch bereits Zuhause befand sie sich in einem jammerig-klammernden Zustand, was im Behandlungsteam zu erheblichen aversiven Gefühlen führte. Zu einer suizidalen Zuspitzung kam es, als die behandelnde Psychologin unter Termindruck geriet und nicht so geduldig reagierte wie sonst. In dieser Situation fühlte sich die Patientin wohl (erneut) zurückgewiesen und versuchte, sich auf der Station zu erhängen. Die Psychologin bat allerdings intuitiv noch im Weggehen

einen Krankenpfleger, nach der Patientin zu schauen – er konnte sie gerade noch auffangen. Frau Z. wurde kurz auf einer geschlossenen Station behandelt und kam dann, nach intensiver Super- und Intervention wieder zurück auf die Station.

Medikamentös wurde Frau Z. mit Citalopram behandelt, eine Zeitlang kombiniert mit Reboxetin. Der Versuch einer Phasenstabilisierung mit ggf. suizidpräventiver Wirkung mittels Lithium war bereits 1978 wegen Unverträglichkeit abgebrochen worden. Seit 2006 erhält sie mit dem Ziel der Phasenprophylaxe Valproinsäure.

Lebensgeschichtlich relevant erscheint die Tatsache, dass die depressive Mutter der Patientin sich suizidierte, als sie 23 Jahre alt war, und der Vater, wiewohl als »gut« erlebt, früh verstarb. Nach dem Suizid der Mutter war sie erstmals manifest depressiv, dann mehrfach im Laufe ihres Lebens, immer auch mit begleitender Suizidalität. Einen ersten Suizidversuch beging sie mit 42 Jahren (1977). Auslösend waren dabei Probleme in der Ehe: Sie erlebte ihren Mann als cholerisch, gegen seine Wutausbrüche vermochte sie sich nicht durchzusetzen.

In der Zeit von 1978–2004 folgte eine relativ stabile Phase von 26 Jahren. Maßgeblich dafür waren stabile, haltende Beziehungen: eine exzellente Betreuung durch Haus- und Nervenarzt sowie eine verlässliche Freundin.

Die stationär begonnene Psychotherapie wurde nach Entlassung ambulant fortgesetzt. Ein rationaler Grund dafür war, dass außerhalb der Institution kein adäquater Behandler gefunden wurde. Psychodynamisch spielte offensichtlich eine mütterliche Übertragung eine Rolle: Einerseits suchte die Patientin, wie in den früheren haltgebenden Beziehungen, nach dauerhaftem Schutz vor Verlusterleben, andererseits aber befürchtete sie traumatischen Verlust wie durch den Suizid der Mutter und verhielt sich lange anklammernd, was die Behandlung aufgrund aversiver Gefühle bei der Therapeutin erschwerte. In einem stützenden und haltgebenden therapeutischen Setting konnte die Patientin, wie auch in der vorhergehenden symptomfreien Lebensphase, bestehende Konfliktthemen wie ihre Verlustängste gegenüber dem kranken Ehemann, Distanzierungen der Kinder und die eigenen körperlichen Einschränkungen mit zunehmendem Hilfebedarf besser, d. h. ohne sich zuspitzende Suizidalität bewältigen. Dabei bleibt sie aber auf eine klärend-haltende psychotherapeutische Beziehung angewiesen.

8.4 Konsil/Liaisonbehandlung der Suizidalität älterer Patienten

Obwohl die Europäische Union ein integratives Behandlungsmodell spezifischer Interventionen für psychische und körperliche Störungen im Alter fordert, (Jané-Llopis et al. 2008) sind geriatrische und psychosomatische Kooperationen noch immer sehr selten (Kathol et al. 2005). Dies betrifft besonders die Diagnostik und Behandlung affektiver Störungen (einschließlich der Suizidalität), der pathologischen Trauer, der posttraumatischen und somatoformen Störungen sowie interpersoneller Konflikte und Krankheitsverarbeitungsstörungen (besonders bei Schmerzen und Multimorbidität) (Schmeling-Kludas et al. 2000; Schneider et al. 2011; Wancata et al. 2000). Dabei ist bekannt, dass psychische Störungen bei geriatrischen Patienten zu längeren stationären Liegezeiten, (Fulop et al. 1998), schlechteren Behandlungsergebnissen (Millar 1981), höherer Morbidität und gesteigerten Ausgaben führen (Koenig et al. 1999; Nightingale et al. 2001). Psychiatrische und psychosomatische Konsil-/Liaisondienste in geriatrischen Kliniken fördern die psychischen Funktionen und die poststationäre Unabhängigkeit (Cole et al. 1991), sie reduzieren die Verweildauer und die stationären Behandlungskosten (Koenig et al. 1999; Maier et al. 2007).

➤ **Bis zu 20% aller Patienten in stationär-geriatrischer Behandlung sind als lebensmüde oder suizidal einzuschätzen (Lindner 2012; Sperling et al. 2009).**

Gerade die **körperlichen Einschränkungen**, die akute oder chronische Erkrankungen im Alter nach sich ziehen, stellen für Ältere oft eine existenzielle Beunruhigung dar, die sie dazu bringen können, den Suizid als eine Handlungsoption zu bedenken. Aber auch deutliche Zuspitzungen des suizidalen Erlebens können angesichts erheblicher Befürchtungen des Verlusts von Autonomie und Selbstständigkeit und des Ausgeliefertseins an lieblose und abweisende Helfende zu einer Suizidalität mit größerem Handlungsdruck führen. Unerträgliche Symptome, wie z. B. Schmerzen, können den Wunsch zu sterben sehr bedrängend machen. Wenn dann keine Erfahrung wirksamer, akzeptierender und die aktuelle Bedrängnis haltender, professioneller Zuwendung möglich wird, so können Suizidimpulse sehr schnell sehr akut werden. Dies gilt auch in der palliativen Situation Schwerstkranker und Sterbender (Lindner u. Vogel 2012). Gerontopsychiatrische oder alterspsychosomatische Konsil-/Liaisondienste bieten in dieser Situation Unterstützung. Das psychiatrische Konsil, das mit einer knappen medikamentösen Empfehlung endet, kann oftmals wenig mehr leisten, als der psychopharmakologisch informierte Geriater bereits selbst einleiten kann.

Ein **Konsil-/Liaisondienst** beinhaltet jedoch

- psychiatrische/psychosomatische Diagnostik wie auch ein kurzpsychotherapeutisch orientiertes, über mehrere Termine gestaltetes Gespräch,
- Einleitung und Überprüfung einer psychopharmakologischen Behandlung,
- Empfehlungen und Anbahnung von weiteren psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Behandlungen nach Entlassung,
- intensive pflege- und praxisorientierte Beratung der Pflege, der Therapeuten und anderer Mitarbeiter des geriatrischen Teams sowie
- aktive Teilnahme an der wöchentlichen geriatrischen Teamkonferenz.

Eine weitere effiziente Organisationsstruktur der Behandlung psychischer wie auch körperlicher Störungen im Alter bietet die gemeinsame, von Gerontopsychiatern und Geriatern betreute, **Altersstation**, auf der psychische und körperliche Störungen in ihrer gegenseitigen Bedingtheit besser erkannt und behandelt werden können (Maier et al. 2007).

Suizidale geriatrische Patienten haben oftmals bereits lebenslang psychische Probleme einschließlich chronischer Suizidalität. Diese kann im Verlauf der geriatrischen Behandlung auch entaktualisieren, in den Hintergrund geraten und »vergessen« werden, sie kann aber auch, besonders bei Schmerzen und Luftnot, anhaltend bedrängend bleiben (Sperling et al. 2009; Lindner 2012). Suizidal werden geriatrische Patienten jedoch nicht nur in der Bewältigung von Multimorbidität und körperlichen Funktionseinschränkungen, sondern auch im Rahmen von interpersonellen Konflikten, sowohl mit Angehörigen und Partnern als auch mit den Mitgliedern des geriatrischen Teams. Zudem spielen Lebensmüdigkeit und Todeswünsche im **palliativen Kontext** und im **Sterbeprozess** eine Rolle.

Von zentraler Bedeutung in der Behandlung der Suizidalität im geriatrischen Kontext sind nicht nur die Diagnostik und einfühlsame Klärung der aktuellen Ursachen wie auch die Ansprache der zugrunde liegenden Konflikte mit dem Patienten, sondern ebenso wichtig ist das Gespräch mit den Pflegenden und den anderen Professionellen des geriatrischen Teams. So kann eine gemeinsam getragene Behandlung der Suizidalität entstehen, in der der offene und nicht wertende Umgang mit der Problematik bereits zu einer Entspannung führen kann.

8.5 Psychoanalytische und verhaltenstherapeutische Psychotherapie der Suizidalität im Alter

Um die Arbeits- und Funktionsweise der Psychotherapie der Suizidalität bei älteren Menschen zu beschreiben, werden hier anhand von Fallbeispielen 3 suizidale Modi vorgestellt, angelehnt an Interaktionsmodi suizidaler Patienten in der Geriatrie (Lindner 2012; Lindner et al. 2013). Zwei Fälle, der depressive und der psychosomatische Modus, sind Beschreibungen ambulanter psychodynamischer Psychotherapien. Diese Behandlungen, die sich zum Teil über Jahre erstreckten, werden fokussiert beschrieben, d. h. sie werden, durch psychoanalytische Vorannahmen geprägt, zusammengefasst berichtet. Im Anschluss werden sie aus verhaltenstherapeutischer Sicht kommentiert. Ein dritter Fall, der rückzügige Modus, beschreibt den Suizid eines Patienten in der stationären Geriatrie. Dies ermöglicht es dem Leser, beide therapeutischen Schulen in einer Art von Vergleich kennen zu lernen.

8.6 Psychotherapeutische Prozesse mit suizidalen Älteren

8.6.1 Der depressive Modus

Fallbeispiel: 63-jähriger Patient in kritischer Lebensphase

Hr. H. ist der Sohn eines rücksichtslosen, zynischen Wehrmachtoffiziers und einer depressiven, chronisch suizidalen Mutter. Er kam in Behandlung, nachdem er 2 Jahre zuvor seine hochdotierte Position in einer Reederei verloren hatte, sein gesamtes Kapital, einschließlich der Altersvorsorge in einem riskanten Geschäftsprojekt seiner Frau, verloren hatte und von ihr zudem, dies war der aktuelle Auslöser, wegen eines deutlich jüngeren Mannes verlassen worden war. Die Erfahrung, unter der Suizidalität eines Elternteils sehr gelitten zu haben und die Mutter letztlich nicht vor einem Suizid gerettet zu haben, führt einerseits zu erheblichen Bemühungen um seine deutlich jüngere Ehefrau, andererseits stürzt ihn die Trennung von ihr (und der Verlust der erfolgreichen Berufstätigkeit als Identifikationsmöglichkeit mit dem Vater) in ein ambivalentes Erleben, wie er es zu beiden Eltern hatte, und führt zu der Erfahrung, »unbegleitet«, ungehalten zu sein. Er kam mit 63 Jahren in psychotherapeutische Behandlung, mit der Vorstellung, sich zwar derzeit nicht suizidieren zu können, da er dies seiner 17-jährigen Tochter »nicht antun« wolle; wenn er es aber doch täte, so würde er sich töten »wie ein Mann, sehr präzise und effektiv«.

Herr H. begann die psychodynamische Behandlung wie ein Kaufmann, als müsse er zunächst im Therapeuten ein Interesse für sich wecken, bevor er ihm sein »Produkt«, nämlich sich selbst, seine Ängste und Schwächen anbieten kann. So sprach er zunächst recht idealisierend über sich und wehrte damit Gefühle der Scham und Ängste vor Entwertung ab. Zugleich versuchte er, den Therapeuten mit Geschenken und Einladungen für sich zu gewinnen. Der Wunsch, eine Begleitung zu finden, wie seine Mutter es (von ihm) nicht erfahren hatte, stand dabei einer Unfähigkeit gegenüber, den Anderen überhaupt als unabhängigen Gesprächspartner zu hören. In einem langen therapeutischen Prozess des »Haltens« und »Begleitens« konnte Hr. H. die Erfahrung machen, sich einerseits seiner Scham bewusster zu werden, Kindheit und Jugend in sozial niedrigen Verhältnissen verbracht zu haben, andererseits aber dafür nicht ausgeschlossen und verachtet zu werden. Dies öffnete erst die Möglichkeit, mit ihm über seinen erheblichen Hass auf die Mutter, die Ehefrau und Frauen im Allgemeinen auf einfühlsame und annehmbare Weise zu sprechen zu kommen. Im äußeren Leben konnte Hr. H. in dieser Zeit seine Beziehungen zu Freunden, zu seiner Tochter und zu seiner Frau verbessern und sich selbst aktiver gehalten erleben. Obwohl

Hr. H. bereits nach wenigen Therapiestunden den Suizid als »Lösung« nicht mehr ernstlich erwog, bedurfte es einer langen professionell-psychotherapeutischen Beziehung, damit die Folgen der Traumatisierung durch Suizidalität und Suizid der Mutter weniger in seinem aktuellen Leben wirksam blieben (ausführliche Falldarstellung bei Briggs et al. 2012).

■ Verhaltenstherapeutischer Kommentar

Verhaltenstherapeutisch steht die Definition der aktuellen Problematik aus Sicht des Patienten im Vordergrund. Zunächst muss daher der aktuelle Anlass für das Aufsuchen der Therapie konkretisiert werden.

Geht man von einer depressiven Verstimmung als Anlass aus, müssen das depressive Verhalten sowie die auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen in einer **Verhaltensanalyse** genauer beschrieben werden.

Auf **Reaktionsebene** werden eine idealisierende Beschreibung seiner selbst (z. B. seines Werdeganges), die Geschenke und Einladungen für den Therapeuten und das Unvermögen oder der Unwillen zuzuhören geschildert.

Als **begleitende Kognitionen** bzw. **Gefühle** werden vom Therapeuten Scham und Angst vor Entwertung angenommen. Im weiteren Verlauf werden Hassgefühle auf Mutter, Ehefrau und Frauen allgemein deutlich.

Hypothetisch kann im vorliegenden Fall angenommen werden, dass es mehrere **auslösende Bedingungen** gibt.

1. Suizid der Mutter

- Gedanken an die Beeinträchtigungen seiner kindlichen Lebensumstände durch die chronische Suizidalität der Mutter
- Gedanken an den Suizid der Mutter
- Gedanken an sein »Versagen«, diesen Suizid nicht verhindert zu haben

2. Verlust der Berufstätigkeit

- Gedanken, überflüssig zu sein, keine Aufgabe im Leben mehr zu haben
- Kränkungen im Zusammenhang mit der Berufsaufgabe
- Bedauern, nicht mehr beruflich tätig zu sein

3. Trennung von der Ehefrau

- Gedanken an (kränkende?) Verhaltensweisen der Ehefrau
- Gefühl, ausgenutzt zu werden und trotz seines Kümmerns verlassen zu werden
- Gedanken, nicht zu genügen
- Schuldgefühle wegen früherer Lieblosigkeiten und Affektdurchbrüche gegenüber der Ehefrau

4. Funktion des Vaters

- Gedanken an demütigende, herabsetzende Verhaltensweisen des Vaters

Prädisponierend kann angenommen werden, dass der Pat. sich durch negative soziale Erfahrungen in der Kindheit minderwertig und/oder benachteiligt fühlt. Er hat im Verlauf seiner Sozialisation gelernt, dass man »als Mann« präzise und effektiv zu sein hat (Modell des Vaters). Schwächen darf er sich nicht zugestehen, da sie ihm gefährlich erschienen (»Anti-Modell« der Mutter). Daraus resultierte wahrscheinlich ein Defizit in Gefühlswahrnehmung und Gefühlsausdruck.

Aufrechterhaltende Bedingungen des symptomatischen Verhaltens gehen aus den vorliegenden Informationen nicht eindeutig hervor.

Der nächste Schritt wäre, gemeinsam mit dem Patienten das **Therapieziel** zu definieren. Für eine Definition des Ziels aus Patientensicht liegen keine Informationen vor, aus therapeutischer Sicht können jedoch als Ziel eine Förderung bzw. Bewusstmachung der Ressourcen des Patienten, eine Abgrenzung von internalisierten Schemata sowie eine Bewältigung der depressiven Verstimmung definiert werden.

Therapeutische Maßnahmen könnten sein:

- Validierung und Wertschätzung der Selbstpräsentation des Patienten (er hat »etwas im Leben erreicht« trotz ungünstiger Ausgangsbedingungen);
- Validierung seiner Gefühle, versagt zu haben bei gleichzeitiger Überprüfung seiner realen Möglichkeiten, den Suizid der Mutter zu verhindern;
- Modifikation des Schemas, wie ein »Mann« sich zu verhalten habe;
- euthyme Aktivierung, sinnvolle Beschäftigung, evt. Weitergabe seiner Kenntnisse im außerberuflichen Kontext.

8.6.2 Der psychosomatisch-suizidale Modus:

Fallbeispiel: 88-jährige Patientin mit körperlichen Einschränkungen

Frau A. kam in ambulante Psychotherapie durch erhebliche Aktivitäten mehrerer Töchter und Enkelinnen. Sie berichtete, wie sie es auch den Kindern und Enkeln gesagt hatte, sie fühle sich voller Unruhe und Verzweiflung, verbunden mit Bluthochdruckkrisen. Sie stünde deshalb oft unter dem deutlichen Druck sich umzubringen, z. B. indem sie alle ihre Medikamente auf einmal schlucken würde, und hielte ihr Leben so nicht mehr aus. Sie leide an zunehmender Sehinderung, was es ihr unmöglich mache, wie seit Jahrzehnten Kleider für ihre Enkelinnen zu nähen. Zudem habe sie Hochdruckkrisen und Schlafstörungen. Sie käme kaum zur Ruhe.

Sie berichtete von einem Leben als alleinerziehende Mutter einer vierköpfigen Kinderschar. Die eigene Mutter sei fordernd und hart gewesen, der Vater ein schwacher Alkoholiker, der die Mutter oftmals mit dem Leben bedroht habe. Nur indem sie auf Mutters Schoß saß, habe der Vater diese einmal nicht mit der Axt erschlagen. Nach ihrer eigenen Scheidung habe sie als Flüchtling aus dem Osten ihr Leben ganz allein mit den Kindern in Norddeutschland aufgebaut. Sie habe massive Schuldgefühle entwickelt, die Mutter, die nach der Scheidung alsbald starb, nicht gerettet zu haben. Schuldgefühle spielten wohl auch eine Rolle bei ihren zwei Adoptionen (zu den beiden leiblichen Kindern). Körperliche Schwäche habe sie sich nie gestattet. Umso erniedrigender und unerträglicher erlebe sie jetzt ihre körperlich bedingten Einschränkungen des täglichen Lebens.

Frau As. Unruhe trat erstmals vor ca. 50 Jahren mit massiven Ängsten auf, funktionsunfähig die Kinder allein lassend zu sterben. Dass es ihr bereits als Kind nicht dauerhaft gelang, die Mutter vor dem Vater zu retten, führte zudem zu einem massiven Schuldgefühl, dass sie nur durch altruistische Selbstopferung besänftigen konnte. Die zunehmenden körperlichen Einschränkungen, die zunehmende Hilfsbedürftigkeit und die Auseinandersetzung mit dem nahenden Tod beunruhigten sie nun umso mehr, weil sie Hilfsbedürftigkeit, Abschied, Loslassen und letztlich das Sterben unabwendbar in ihr Leben brachten. In 14 Sitzungen über 8 Monate wurde hinter der Unruhe ein massiver innerer Konflikt deutlich, den sie mit Hilfe der Suizidalität unbewusst zu bewältigen versuchte: Einerseits stand sie unter einem starken Bindungswunsch, der jedoch nur über eine altruistische Selbstaufopferung für die Kinder gelebt werden konnte, andererseits

aber kamen mit den körperlichen Einschränkungen die Wünsche nach Passivität, Rückzug und Gehaltenwerden erneut ins Bewusstsein. Sie wagte es, dem Therapeuten von ihren Glücksgefühlen zu erzählen, wenn sie sich vormittags mit einer Heizdecke wohlig in ihr Bett zurückziehe, für niemanden da, für niemanden erreichbar. Die Suizidalität erschien als ein scheinbar den inneren Konflikt lösendes Symptom: Sie alarmierte die Familie, und zugleich stand sie für den Rückzug, für Abschied und Ende. In den Gesprächen wurde diese innere Konfliktlage immer wieder angesprochen. Dies führte einerseits zu einer Entaktualisierung der Suizidalität. Sie sagte: »Es ist jetzt nicht mehr das Gleiche, obwohl es noch das Selbe ist«. Andererseits aber beunruhigten sie die bislang unbewussten Wünsche nach Aufgeben und Loslassen so sehr, dass sie nach einem halben Jahr, wiewohl dies im Vorfeld auch abgesprochen war, aktiv die Therapie beenden wollte. Sie nahm allerdings die Telefonnummer des Therapeuten an sich. Mit dieser Regelung, dass sie, solange sie lebt, die Gespräche wieder aufnehmen kann, jedoch auch in ihrem Rückzugswunsch akzeptiert wird, wurde noch einmal auf das konflikthafte innere Erleben von Beziehungs- und Rückzugswünschen eingegangen.

■ Verhaltenstherapeutischer Kommentar

Zunächst erfolgt eine genaue Beschreibung der Symptomatik in einem verhaltensanalytischen Modell mit Erfassung der auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen des symptomatischen Verhaltens.

Wichtig ist v. a. die Abklärung der Bedingungen (evtl. auch der körperlichen Ursachen) von Unruhe und Schlaflosigkeit. Dabei sollte das Schlafverhalten genau analysiert werden (z. B. Schlaf tagsüber, Schlafenszeiten etc). Eine Verbesserung der Schlafhygiene sollte vermittelt werden (z. B. sich nicht schlaflos im Bett zu wälzen, sondern aufzustehen und etwas anderes zu tun. Der Schlafrhythmus sollte an die altersbedingten Veränderungen angepasst werden).

Aus therapeutischer Sicht bietet sich zudem v. a. an, die bereits bestehenden euthymen Ansätze zu validieren und zu verstärken (z. B. die Nutzung der Heizdecke) und weitere euthyme Aktivitäten mit der Patientin zu entwickeln.

Bestehende Ressourcen sollen erfasst und neue entwickelt werden. Hier sollte z. B. geklärt werden, was sie, außer Kleider zu nähen, noch für die Kinder und Enkelinnen tun kann.

Ein weiterer Aspekt betrifft die Aufarbeitung der Lebensgeschichte: Das erlernte Schema, alles unter Kontrolle haben zu müssen, wird dem aktuellen Gefühl des subjektiven Kontrollverlusts gegenüber gestellt. Ziel ist hierbei die positive Umdeutung des Wunsches nach Rückzug und Passivität, dahingehend, dass sie nun Verantwortung abgeben darf und nicht mehr alles unter Kontrolle haben muss.

8.6.3 Der regressiv-rückzügige Modus

Alle bisher beschriebenen Patienten haben gemeinsam, dass sie aufgrund ihrer Symptomatik, jedoch besonders ihrer Beziehungsgestaltung, den Therapeuten aktiv in eine Gesprächsbeziehung hineinziehen. Im klinischen Kontext begegnet man jedoch auch Patienten, die sich zum Teil schwer suizidal zurückziehen und kaum noch Kontakt mit der Außenwelt aufnehmen.

Fallbeispiel: 88-jähriger Patient, Suizid im Krankenhaus (Lindner 2009)

Hr. S. lag 3 Wochen lang stationär in der geriatrischen Klinik. Man kannte ihn schon, denn im Mai hatte er dort wegen einer instabilen Angina pectoris mit Vorhofflattern bei arteriosklerotischer Verschlusskrankheit einen Herzschrittmacher erhalten. Jetzt erlebten die Schwestern ihn

als einen unauffälligen 88-jährigen Mann, der sich auf Station selbst versorgen konnte, ihnen keine Schwierigkeiten machte, jedoch auch niemanden zu einem Schwätzchen für sich gewann. Er hatte Schmerzen beim Wasserlassen, dazu Fieber. Eine Sepsis aufgrund einer Blasenentzündung wurde diagnostiziert. Hinzu kamen Elektrolytentgleisungen mit Hyperkaliämie und Hyponatriämie. Als die Stationsärztin die Entlassung vorbereiten wollte, sprach er von Schmerzen des rechten Schultergelenks. Die Ärztin war aber mehr um die Zystitis besorgt, denn die Entzündungswerte stiegen erneut an. Er kam zu Hause nicht mehr so gut allein zurecht, die Sozialarbeiterin wurde eingeschaltet, eine neuropsychologische Testung brachte keinen auf einen demenziellen Prozess hinweisenden Befund. Man vereinbarte einen Belastungsurlaub. Er kam zurück, es sei alles gut gegangen. Man sah ihn in den nächsten Tagen immer wieder mit seinem Kulturbeutel den Stationsflur auf und ab gehen.

Drei Tage nach dem Besuch zu Hause klingelte er abends um 23 Uhr noch einmal nach der Nachtschwester. Er bat sie, seinen Urinbeutel abzuklemmen. Er strich sich sorgfältig die Hosen seines Nachttzugs glatt und legte sich nieder. Nein, er wolle kein Schlafmittel. Eine Stunde später kam sie noch mal ins Zimmer und sah ihn ruhig, mit geschlossenen Augen im Bett liegen. Nachdem sie gegangen war, stand er auf, ging ins Badezimmer und stellte sich aufrecht vor den Spiegel. Er legte die Pistole an die Schläfe und drückte ab.

In den nachfolgenden, das Geschehene aufarbeitenden Gesprächen wurden die massiven Gefühle von Gewalt, Zerstörung, Grauen, Schuld und Wut bei den Professionellen deutlich und konnten zu einem Verständnis der suizidalen Situation dieses Patienten herangezogen werden. Der Bruder des Patienten berichtete, dass Herr S. schon lange sehr zurückgezogen gelebt habe. Er sei ein passionierter Jäger gewesen. Zwei Frauen seien ihm in seinem Leben gestorben, aber über Gefühle habe er kaum gesprochen. Krankheiten habe er als nebensächlich abgetan.

Deutlich wurde, dass es wohl im Vorfeld Missverständnisse zwischen der Ärztin und dem Patienten gab, die nicht selten und auch nicht immer vermeidbar sind. Entscheidend ist dabei, dass nicht etwa ein Fehlverhalten vorlag, sondern eine fatale Verstrickung, die nur vor dem Hintergrund des (möglichen) Erlebens des Patienten verstehbar wird: Der Patient war wohl in der Klinik in ein ihm bekanntes Gefühl geraten, nicht gesehen und verstanden zu werden und in dieser großen Enttäuschung erst in einem gewaltsamen Akt sichtbar und erkennbar werden zu können. Der Kulturbeutel, in dem sich wohl die Pistole befand, und die letzten Kontaktaufnahmen (»Blasenentzündung« und »Urinbeutel abklemmen«) konnten nicht mehr als Kontaktaufnahmen und Hilferufe entschlüsselt werden. Wahrscheinlich war dann der Suizid der Ausdruck eines tödlichen Ärgers im Sinne einer weder aussprechbaren noch aushaltbaren und damit nicht im Gespräch verstehbaren Kränkungs- und Verlassenheitswut.

Auch wenn Suizide wie dieser letztlich nicht verhindert werden können, ist es doch möglich, Handlungsoptionen zu benennen, mit denen auch rückzügige und »sprachlose« suizidale Patienten erkannt und in einen professionell-helfenden Kontakt gebracht werden können. Hierzu gehört:

- Überhaupt an die Möglichkeit der Suizidalität zu denken.
- Eine besondere Aufmerksamkeit denjenigen Patienten zu widmen, die scheinbar problemlos, jedoch auch unscheinbar und unerreichbar sind.
- Der Versuch, bei aller Arbeitsverdichtung eine Vorstellung von der aktuellen Lebenssituation der Patienten zu gewinnen und bei zurückgezogenen, beziehungslosen, einsamen alten Männern an das Risiko zum Suizid zu denken.
- Auf »versteckte Kontaktaufnahmen« zu achten. Berichten Patienten von immer neuen körperlichen Symptomen (hier die Schulterschmerzen) oder führen im Professionellen

zu Gefühlen ärgerlicher Abwehr zu vieler Bedürfnisse des Patienten, so könnte die »Awareness« für eine suizidale Befindlichkeit dazu führen, das Gespräch über hinter diesen Verstrickungen liegende, d. h. abgewehrte Bedürfnisse, Ängste und Verzweiflungen zu führen (Lindner et al. 2006).

Literatur

- Briggs S, Goldblatt MJ, Lindner R et al. (2012). Suicide and trauma: a case discussion. *Psychoanal Psychother* 26(1):13–33
- Bronisch T (2011) Medikamentöse Therapie der Depression und das Suizidproblem. *Suizidprophylaxe* 38:58–74
- Canetto SS (1991) Gender roles, suicide attempts and substance abuse. *J Psychol* 125:605–620
- Cattell H (2000) Suicide in the elderly. *Advances in Psychiatric Treatment* 6:102–108
- Cole MG, Fenton FR, Engelsmann F, Mansouri I (1991) Effectiveness of geriatric psychiatry consultation in an acute care hospital: a randomized clinical trial. *J Am Geriatr Soc* 39:1183–1188
- Erlemeier N (2002) Stand und Perspektiven ambulanter Krisenhilfe bei Suizidgefährdung im Alter – Ergebnisse einer Befragung. *Suizidprophylaxe* 28:158–164
- Fulop G, Strain JJ, Fahs MC et al (1998) A prospective study of the impact of psychiatric comorbidity on length of stay of elderly medical-surgical inpatients. *Psychosomatics* 39:273–280
- Jané-Llopis E, Gabilondo A (Hrsg) (2008) Mental Health in Older People. Consensus Paper. European Communities, Luxembourg
- Kapusta ND, Sonneck G (2004) Suicides of men in Austria: an epidemiological analysis over a 30-year period. *JMHG* 1:197–202
- Kathol RG, Clarke D (2005) Rethinking the place of the psyche in health: toward the integration of health care systems. *Aust N Z J Psychiatry* 39:816–825
- Koenig HG, Huchibhatla M (1999) Use of health services by medically ill depressed elderly patients after hospital discharge. *Am J Geriatr Psychiatry* 7:48–56
- Lindner R (2009) Aggression und Rückzug bei Suizidalität im Alter. Eine Kasuistik. *Suizidprophylaxe* 36:42–46
- Lindner R (2012) Körperliche Erkrankung und Suizidalität bei hochbetagten geriatrischen Patienten: Eine explorative Studie. *Suizidprophylaxe* 39(1):11–19
- Lindner R, Vogel J (2012) Ich kann nicht sagen: »Es geht mir schlecht«. Der Sterbende und Suizidalität. Eine Kasuistik. *Suizidprophylaxe* 39(1):19–23
- Lindner R, Fiedler G, Altenhöfer A et al (2006) Psychodynamical ideal types of elderly suicidal persons based on counter transference. *J Soc Work Pract* 20:347–385
- Lindner R, Foerster R, von Renteln-Kruse W (2013) Idealtypische Interaktionsmuster psychosomatischer Patienten in stationär-geriatrischer Behandlung. *Z Gerontol Geriat* 46: 441–448. DOI 10.1007/s00391-012-0381-8. ► <http://link.springer.com/article/10.1007/s00391-012-0381-8>. Zugriffen: 5.4.2014
- Maier AB, Wächtler C, Hofmann W (2007) Combined medical-psychiatric inpatient units. Evaluation of the centre for the elderly. *Z Gerontol Geriat* 40:268–274
- Millar HR (1981) Psychiatric morbidity in elderly surgical patients. *Br J Psychiatry* 138:17–20
- Nightingale S, Holmes J, Mason J, House A (2001) Psychiatric illness and mortality after hip fracture. *The Lancet* 357:1264–1265
- Roelcke V, Schneider F (2012) Psychiater im Nationalsozialismus. Täterbiografien. *Nervenarzt* 83:291–293
- Schmeling-Kludas C, Jäger K, Niemann BM (2000) Diagnostik und Bedeutung psychischer Störungen bei körperlich kranken geriatrischen Patienten. *Z Gerontol Geriat* 33:36–44
- Schneider B, Sperling U, Wedler H (2011). Suizidprävention im Alter. Folien und Erläuterungen zur Aus-, Fort- und Weiterbildung. Mabuse, Frankfurt/Main
- Skoog I, Aevarsson, Beskow J et al (1996) Suicidal feelings in a population sample of nondemented 85-year-olds. *Am J Psychiatry* 153:1015–1020
- Sperling U, Thüler C, Burkhardt H, Gladisch R (2009) Äußerungen eines Todesverlangens – Suizidalität in einer geriatrischen Population. *Suizidprophylaxe* 36: 29–35
- Suominen K, Henriksson M, Isometsä E et al (2003) Nursing home suicides – a psychological autopsy study. *Int J Geriatr Psychiatry* 18:1095–1101

- Wächtler C (2014) Depressionen und Suizid im Alter. Erkennen und Behandeln lohnen sich. Psychotherapie im Alter 11(1):63–81
- Wagner M, Schütze Y, Lang FR (1996) Soziale Beziehungen alter Menschen. In: Mayer KU, Baltes PB (Hrsg) Die Berliner Altersstudie. Akademie Verlag, Berlin, S 301–309
- Wancata J, Windhaber J, Bach M, Meise U (2000) Recognition of psychiatric disorders in nonpsychiatric hospital wards. J Psychosom Res 48:149–155
- Zweig RA, Herichsen GA (1993) Factors associated with suicide attempts by depressed older adults: A prospective study. Am J Psychiatry 150 (11):1687–1692

Hilfen für Hinterbliebene

Barbara Schneider, Reinhard Lindner, Uwe Sperling

- 9.1 Hilfen kurz nach Suizid eines Angehörigen – 106**
- 9.2 Welche Hilfen brauchen Angehörige später? – 107**
 - 9.2.1 Besonderheiten zum Befinden von Hinterbliebenen nach einem Suizid – 107**
- 9.3 Schlussfolgerung – 109**
 - Literatur – 109**

Neuere Schätzungen gehen davon aus, dass von einem Suizid 10–28 Personen direkt betroffen sind (Knieper 1999). Auf die notwendige Krisenintervention, Unterstützung und Hilfe für die Hinterbliebenen (»Postvention«) wurde schon sehr früh hingewiesen (Shneidman 1971).

9.1 Hilfen kurz nach Suizid eines Angehörigen

Angehörige und Freunde von Menschen, die sich das Leben genommen haben, erleben eine Vielzahl von sozialen und emotionalen Schwierigkeiten. In den ersten Stunden und Tagen nach einem Suizid ist es wichtig, dass Freunde, Nachbarn und andere nahestehende und vertrauenswürdige Menschen Hilfe anbieten und Angehörige von Suizidenten nicht alleine lassen. Wenn möglich, sollten Pfarrer und Seelsorger mit den Betroffenen Kontakt aufnehmen. Häufig benötigen Hinterbliebene Unterstützung, um die Funktionsfähigkeit des Alltags aufrecht zu erhalten. Menschen aus der Umgebung der Familie des Suizidenten sollten sich um die Hinterbliebenen kümmern, einfach nur »da sein«, z. B. Kaffee kochen, Essen machen und bei der Organisation des Alltags zur Seite stehen.

Direkt nach einem Suizid erleben Angehörige oft eine Vielzahl **zusätzlicher Belastungen**: Angehörige müssen manchmal die Leiche identifizieren. Oft wissen Hinterbliebene nicht, wo sich die Leiche des Verstorbenen befindet. Sie erleben es häufig als einen Albtraum, vor einem verschlossenen Sarg zu stehen. Der Verstorbene selbst bekommt die Rechnung über die Totenschau und Kühlung der Leiche. Solange nicht feststeht, dass die tatsächliche Todesursache Suizid ist, müssen durch polizeiliche Ermittlungen ein Verbrechen oder ein Unfall ausgeschlossen werden. Die Angehörigen werden daher zu den möglichen Hintergründen für einen Suizid befragt, Tagebücher und Abschiedsbriefe werden oft beschlagnahmt.

Oft benötigen Hinterbliebene Hilfe bei der Organisation der Beerdigung. Es ist wichtig, dass die Beerdigung einen würdevollen Rahmen erhält und dass zur Beerdigung möglichst viele kommen. Der Trauergottesdienst ist ein Ritual, mit dem die Realität des Todes bestärkt und Trauer erleichtert werden kann (Kristensen et al. 2012).

Freunde und entferntere Verwandte der Familie sind oft rat- und hilflos und wissen nicht, wie sie mit den Hinterbliebenen umgehen sollen oder meiden sogar plötzlich die Familie. Die betroffenen Hinterbliebenen haben oft das Gefühl, nicht mehr »dazu zu gehören«. Sie hören häufig rücksichtslose, nichtempathische, spirituelle oder gedankenlose Kommentare oder Tadel. Hinzu kommt die Leere, dass der Verstorbene nicht mehr da ist. Die Familienmitglieder gehen sehr unterschiedlich mit ihrer Trauer und dem Verlust um. So gibt es Betroffene, die den Verstorbenen nicht mehr erwähnen, während andere Hinterbliebene den Toten in den Mittelpunkt stellen.

➤ **Für die meisten Angehörigen stellt ein Suizid nahezu »alles«, insbesondere das ganze bisherige Leben in Frage.**

Paare erleben oft nach dem **Suizid eines Kindes** einen Zusammenbruch ihrer Kommunikation, einen Verlust ihrer Intimität und Missverständnisse, ungleiches Coping mit einem mehr emotionalen Ausdruck bei Frauen und eher lösungsorientierten Ansätzen bei Männern und vermeiden oft Diskussionen (Christ et al. 2003). In diesem Zusammenhang sollte auch an ältere Paare nach dem Suizid ihres längst erwachsenen Kindes gedacht werden.

Einzels psychotherapie, Therapiegruppen und Selbsthilfegruppen können helfen, die Lebensqualität und das alltägliche »Funktionieren« der Hinterbliebenen nach einem Suizid zu erleichtern. Einzels psychotherapie ist besonders in der Zeit kurz nach einem Suizid und bei

Hinterbliebenen mit vorbestehenden psychischen Problemen indiziert. Es gibt jedoch keine Evidenz, dass psychologische Interventionen als Routine oder bei Hochrisikogruppen wirksam sind (Stroebe et al. 2006; Currier et al. 2008; de Groot et al. 2007).

➤ **In dieser ersten akuten Phase ist das wichtigste Ziel, den Betroffenen zu helfen, die Realität ihres Verlusts zu begreifen und die Akzeptanz zu erleichtern (Weisæth 2006).**

Des Weiteren sollten Angehörigen Information über die Umstände und die Todesursache erhalten, nach Möglichkeit den Ort des Todes besuchen und den Toten vor der Beerdigung nochmals sehen. So ist es möglich, sich **mit der Realität zu konfrontieren** und ein letztes Mal Abschied zu nehmen (Paul 2002; Worden 2009). Die Entscheidung, den Toten nicht gesehen zu haben, wird später häufig bereut (Winje u. Ulvik 1995). Der Anblick des toten Körpers führt zwar kurzfristig zu höherem Stress, vermindert aber langfristig Belastungen durch Angstfantasien über die Erscheinung des Toten (Hodgkinson et al. 1993).

9.2 Welche Hilfen brauchen Angehörige später?

Es sind zwar nur wenige Behandlungsstudien über Hinterbliebene nach einem Suizid vorhanden, aber die meisten Experten (McDaid et al. 2008) sind der Ansicht, dass

- die initiale Aufmerksamkeit auf den traumatischen Stress fokussiert werden sollte,
- Selbsthilfegruppen unterstützend sein können und
- bei bereits psychisch Kranken Psychopharmakotherapie und Psychotherapie eingesetzt werden sollten (Sakinofsky 2007; Woof u. Carter 1997).

In den letzten Jahren sind auch Bücher und Videos erschienen, die Hinterbliebenen über den Suizid hinweghelfen sollen. Sie wurden in der Regel von Hinterbliebenen (Paul 2006), aber auch von Professionellen (Clark 1995) oder von betroffenen Professionellen (Enders 2009) geschrieben. Bei komplizierten Trauerreaktionen ist die Wirksamkeit verschiedener psychotherapeutischer Interventionen nachgewiesen (Wittouck et al. 2011).

Den Besuch von Selbsthilfegruppen erleben viele Hinterbliebene zumindest in einem mittleren Maß als hilfreich (McMenamy et al. 2008), besonders solche Hinterbliebene, die wenig adäquate soziale Unterstützung in der Familie oder in ihrem sozialen Netz haben. In Selbsthilfegruppen können Hinterbliebene erleben, dass sie verstanden werden und ihre Gefühle akzeptabel sind. Hinterbliebene können hilfreiche Unterstützung im alltäglichen Leben erhalten, z. B. bei Vermögensangelegenheiten oder bei rechtlichen Dingen, beim Umgang mit Feiertagen oder speziellen Ereignissen, sie können Tabuthemen diskutieren, individuelle Probleme lösen und sich Ziele für ein neues Leben setzen. Oft sind relativ homogene Selbsthilfegruppen am hilfreichsten (Jordan 2001).

9.2.1 Besonderheiten zum Befinden von Hinterbliebenen nach einem Suizid

Eine Vielzahl von seelischen Problemen, wie verlängerte Trauerreaktion, Depression posttraumatische Stressstörung, Alkohol- und Drogenabusus und -abhängigkeit, Suizidabsichten, wurden von Hinterbliebenen nach einem plötzlichen und gewaltsamen Tod berichtet (Kristensen et al. 2012). Noch Jahre nach einem Suizid berichteten Hinterbliebene von einer Vielzahl von

körperlichen und seelischen Symptomen (Feigelman et al. 2012). Hinterbliebene von Suizidenten erleben eine Menge verschiedenster Emotionen während des **Trauerprozesses** (Jordan 2001; Sveen u. Walby 2008). Sie erleben mehr negative Gefühle wie Schuld, Verwirrung, Erstarrung, Unglauben, Trauer, Verantwortung für den Tod, Ärger, «quälendes Fragen» über den Suizid («Warum hat er/sie das getan?»), Gefühle der Verlassenheit oder Zurückweisung durch den Verstorbenen («Wie kann er mir dies antun?»), Schamgefühl, Stigma, Verlegenheit, Isolation, Groll gegen den Verstorbenen und Schmerz (Jordan 2001; de Groot et al. 2006; Sveen u. Walby 2008). Oft fragen sie sich auch verwirrt, warum ihre Beziehung zum Verstorbenen diesen nicht davon abgehalten hat, sich das Leben zu nehmen (Cerel et al. 2008). Harwood et al. (2002) fanden, dass Hinterbliebene von Suizidenten, die im Alter von über 60 Jahren verstorben waren, unter dem Gefühl der Schande und Zurückweisung litten, Kinder insbesondere unter dem Gefühl der Zurückweisung. Schneider et al. (2011) fanden, dass Eltern insbesondere unter Energiemangel und Schuldgefühlen und Partner insbesondere unter Energiemangel litten. Je älter der Suizident war, desto weniger intensiv war die Trauer (Schneider et al. 2011).

➤ **Aus einer psychoanalytischen Perspektive kann der Suizid eines nahen Angehörigen als Trauma erlebt werden, das jahrzehntelang bis ins Alter die Beziehung zu sich selbst als auch die Beziehungen zu anderen wichtigen Personen beeinflusst.**

Scham- und Schuldgefühle wie auch abgewehrte Enttäuschungs- und Verlassenheitsgefühle können sich noch nach Jahrzehnten in zentralen Beziehungen reinszenieren. Aus dem Trauma des Suizids hervorgehende Beziehungswünsche, wie z. B. durch eine bessere Begleitung die Person vom Suizid abzuhalten und dies nicht vermocht zu haben, sollten in der Psychotherapie behandelt werden (Briggs et al. 2012). Psychotherapeutisch stellt gerade die Angst vor der Wiederbegegnung mit traumatischen Gefühlen, verbunden mit dem Suizid eines nahen Angehörigen, eine besondere Herausforderung dar. Ältere scheuen gerade deshalb manchmal die Aufnahme einer Psychotherapie. Auf der anderen Seite kann die Erfahrung eines Suizids, z. B. eines Elternteils, dazu beitragen, sich gerade nicht zu suizidieren, um den eigenen Kindern derartige Gefühle zu ersparen (Lindner et al. 2012).

Das Gefühl der **Stigmatisierung** ist nur mit Suizid, nicht jedoch mit anderen Todesursachen assoziiert. Die Stigmatisierung von Suizidenten und deren Hinterbliebenen hat eine lange Geschichte und war im Mittelalter sogar institutionalisiert. Familien von Suizidenten wurden im Mittelalter oft bestraft und aus der Gesellschaft ausgestoßen; das Vermögen der Familie wurde konfisziert (Cvinar 2005). Die Stigmatisierung verhindert jedoch oft den notwendigen Heilungsprozess (ebd.). Oft machen Angehörige auch aus dem Suizid ein Geheimnis, insbesondere gegenüber ihren Kindern (Wroblewski u. McIntosh 1987) oder Personen außerhalb der Kernfamilie (Range u. Calhoun 1990). Tatsächlich werden insbesondere Ehefrauen und Eltern von Suizidenten als »gestörter, mehr verantwortlich für den Tod« angesehen als andere Hinterbliebene (Range 1998; Stillion 1996). Auch wenn Hinterbliebene nicht tatsächlich ausgeschlossen werden, erwarten sie doch oft eine Stigmatisierung und ziehen sich deshalb aus ihrem sozialen Netzwerk zurück (sog. **Selbststigmatisierung**; Dunn u. Morrish-Vidners 1987).

Nach einem Suizid sind Eltern, Witwer und Schwestern von Verstorbenen stärker beeinträchtigt als erwachsene Kinder, Brüder und Witwen (Cleiren et al. 1994). Eltern, die ihr Kind durch Suizid verloren haben, berichten deutlich mehr negative Gefühle als andere Hinterbliebene (Maple et al. 2010). Ein Kind durch Suizid zu verlieren, ist oft besonders schwierig, da Kinder normalerweise ihre Eltern überleben. Eltern hatten stärkere Schwierigkeiten zu trauern, wenn sie vom Tod ihres Kindes überrascht waren (Feigelman et al. 2012). Aufgrund der Tatsache, dass die meisten Suizide ins mittlere Lebensalter fallen, sind Eltern am häufigsten

im höheren Alter vom Suizid eines Kindes betroffen. Der Suizid des Partners wird oft als die äußerste Form der Zurückweisung erlebt und hat auch soziale und ökonomische Folgen (de Groot et al. 2006).

9.3 Schlussfolgerung

Hinterbliebene nach einem Suizid sind in erster Linie Opfer, die Unterstützung benötigen (de Fauw u. Andriessen 2003). Sie haben einen schwierigen Trauerprozess vor sich. Es ist wichtig, rechtzeitig körperliche und psychische Symptome bei Hinterbliebenen zu erkennen und sie zu behandeln. Eine Behandlung sollte sowohl Psychoedukation, Psychotherapie und Pharmakotherapie beinhalten.

Leider gibt es zu den psychischen, geistigen, körperlichen und sozialen Folgen eines Suizids und deren notwendige Behandlung nur wenige und methodisch durchaus verbesserungswürdige Studien (Ellenbogen u. Gratton 2001). Dies gilt v. a. bei einem Suizid von Älteren oder wenn die Hinterbliebenen älter sind (Jordan u. McMenamy 2004).

Literatur

- Briggs S, Goldblatt M, Lindner R et al (2012) Suicide and trauma: A case discussion. *Psychoanal Psychother* 26:13–33
- Cerel J, Jordan JR, Duberstein PR (2008) The impact of suicide on the family. *Crisis* 29:38–44
- Christ GH, Bonanno G, Malkinson R, Rubin R (2003) Bereavement experiences after the death of a child. In: Field MJ, Behrman RE (Hrsg) *When children die: Improving palliative and end-of-life care for children and their families*. National Academy Press, Washington DC, S 553–579
- Clark SE (1995) After suicide: Help for the bereaved. Hill of Content, Melbourne
- Cleiren M, Diekstra RF, Kerkhof AJ, Van der Wal J (1994) Mode of death and kinship in bereavement: focusing on "who" rather than "how". *Crisis* 15:22–36
- Currier JM, Neimeyer RA, Berman JS (2008) The effectiveness of psychotherapeutic interventions for bereaved persons: a comprehensive quantitative review. *Psychol Bull* 134:648–661
- Cvinar JG (2005) Do suicide survivors suffer social stigma: a review of the literature. *Perspect Psychiatr Care* 41:14–21
- De Fauw N, Andriessen K (2003) Networking to support suicide survivors. *Crisis* 24:29–31
- De Groot MH, Keijser J, Neeleman J (2006) Grief shortly after suicide and natural death: a comparative study among spouses and first-degree relatives. *Suicide Life Threat Behav* 36:418–431
- De Groot M, de Keijser J, Neeleman J et al (2007) Cognitive behaviour therapy to prevent complicated grief among relatives and spouses bereaved by suicide: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 334:994
- Dunn RG, Morrish-Vidners D (1987) The psychological and social experience of suicide survivors. *Omega J Death Dying* 18:175–215
- Ellenbogen S, Gratton F (2001) Do they suffer more? Reflections on research comparing suicide survivors to other survivors. *Suicide Life Threat Behav* 31:83–90
- Enders P (2009) *Wir wollen leben. Suizid in der Familie bewältigen*. Balance Buch + Medien verlag, Köln
- Feigelman W, Jordan JR, McIntosh JL, Feigelman B (2012) *Devastating losses. How parents cope with the death of a child to suicide or drugs*. Springer Publishing Company LLC, New York
- Harwood D, Hawton K, Hope T, Jacoby R (2002) The grief experiences and needs of bereaved relatives and friends of older people dying through suicide: a descriptive and case-control study. *J Affect Disord* 72:185–194
- Hodgkinson PE, Joseph S, Yule W, Williams R (1993) Viewing human remains following disaster: helpful or harmful? *Med Sci Law* 33:197–202
- Jordan JR (2001) Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide Life Threat Behav* 31:91–102

- Jordan JR, McMenamy J (2004) Interventions for suicide survivors: a review of the literature. *Suicide Life Threat Behav* 34:337–349
- Knieper AJ (1999) The suicide survivor's grief and recovery. *Suicide Life Threat Behav* 29:353–364
- Kristensen P, Weisaeth L, Heir T (2012) Bereavement and mental health after sudden and violent losses: a review. *Psychiatry* 75:76–97
- Lindner R, Altenhöfer A, Fiedler G, Götz P (2012) Suizidalität im Alter. In: Briggs S, Lemma A, Crouch W (Hrsg.) *Suizid und Suizidalität. Psychoanalytische Behandlung, Prävention und Therapie*. Brandes & Apsel, Frankfurt/M, S 290–305
- Maple M, Edwards H, Plummer D, Minichiello V (2010) Silenced voices: hearing the stories of parents bereaved through the suicide death of a young adult child. *Health Soc Care Community* 18:241–248
- McDaid C, Trowman R, Golder S et al (2008) Interventions for people bereaved through suicide: systematic review. *Br J Psychiatry* 193:438–443
- McMenamy JM, Jordan JR, Mitchell AM (2008) What do suicide survivors tell us they need? Results of a pilot study. *Suicide Life Threat Behav* 38:375–389
- Paul C (2006) Warum hast du uns das angetan? Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh
- Paul RJ (2002) Viewing the body and grief complications: The role of visual confirmation in grief reconciliation. In: Cox GR, Bendiksen RA, Stevenson RG (Hrsg.) *Complicated grieving and bereavement*. Baywood, Amitville NY, S 255–274
- Range LM (1998) When a loss is due to suicide: Unique aspects of bereavement. In: Harvey JH (Hrsg.) *Perspectives on loss. A sourcebook*. Brunner/Mazel, Philadelphia PA, S 213–220
- Range LM, Calhoun LG (1990) Responses following suicide and other types of death - The perspective of the bereaved. *Omega J Death Dying* 21:311–320
- Sakinofsky I (2007) The aftermath of suicide: managing survivors' bereavement. *Can J Psychiatry* 52:1295–1365
- Schneider B, Grebner K, Schnabel A, Georgi K (2011) Do suicides' characteristics influence survivors' emotions? *Suicide Life Threat Behav* 41:117–125
- Shneidman E (1971) Prevention, intervention and postvention. *Ann Intern Med* 75:456
- Stillion J (1996) Survivors of suicide. In: Doka KJ (Hrsg.) *Living with grief after sudden loss: Suicide, homicide, accident, heart attack, stroke*. Hospice Foundation of America, Washington DC, S 41–51
- Stroebe MS, Folkman S, Hansson RO, Schut H (2006) The prediction of bereavement outcome: development of an integrative risk factor framework. *Soc Sci Med* 63:2440–2451
- Sveen CA, Walby FA (2008) Suicide survivors' mental health and grief reactions: a systematic review of controlled studies. *Suicide Life Threat Behav* 38:13–29
- Weisaeth L (2006) Collective traumatic stress. Crises and catastrophes. In: Arentz B, Ekman R (Hrsg.) *Stress in health and disease*. Wiley-VCH, Weinheim, S 71–90
- Winje D, Ulvik A (1995) Confrontations with reality: crisis intervention services for traumatized families after a school bus accident in Norway. *J Trauma Stress* 8:429–444
- Wittouck C, van Autreve S, de Jaegere E et al (2011) The prevention and treatment of complicated grief: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 31:69–78
- Woof WR, Carter YH (1997) The grieving adult and the general practitioner: a literature review in two parts (Part 2). *Br J Gen Pract* 47:509–514
- Worden JW (2009) *Grief counselling and grief therapy*. Springer, New York
- Wroblewski A, McIntosh JL (1987) Problems of suicide survivors: a survey report. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 24:137–142

Ältere Menschen in stationären Einrichtungen

Norbert Erlemeier, Rolf D. Hirsch, Reinhard Lindner, Uwe Sperling

- 10.1 Einleitung – 112**
- 10.2 Stationäre Pflegeeinrichtungen (Altenpflegeheime) – 112**
 - 10.2.1 Struktur- und Bewohnermerkmale von Altenpflegeheimen – 112
 - 10.2.2 Suizidalität von Bewohnern in Altenpflegeheimen – 115
- 10.3 Krankenhäuser – 117**
 - 10.3.1 Struktur- und Patientenmerkmale von Krankenhäusern – 117
 - 10.3.2 Suizidalität von Patienten im Krankenhaus – 119
- 10.4 Zusammenfassung – 121**
- Literatur – 121**

10.1 Einleitung

Die Verbesserung allgemeiner Lebensbedingungen und medizinisch-gesundheitliche Fortschritte in wirtschaftlich führenden Ländern bringen es mit sich, dass immer mehr Menschen ein hohes bis sehr hohes Alter erreichen. Dies führt zusammen mit anderen Faktoren zum bekannten **demografischen Wandel**. Lag die durchschnittliche Lebenserwartung um 1910 geborener Jungen nur bei 47 Jahren, die der Mädchen bei 51 Jahren, kann heute bei Jungen mit durchschnittlich 77, bei Mädchen mit 82 Jahren gerechnet werden (Statistisches Bundesamt 2012). Die Lebenserwartung und damit der Gewinn an gesunden Jahren werden auch weiterhin zunehmen. Viele alte Menschen bleiben lange gesund und können ihre Alltagsaufgaben im eigenen Haushalt weitgehend selbstständig verrichten. Irgendwann im Verlauf des biologischen Alternsprozesses kommt es jedoch zu einer Häufung von Erkrankungen, damit verbundenen Behinderungen und zu erhöhter Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, mit hoher Wahrscheinlichkeit im höchsten, dem »vierten Lebensalter«. Chronische Krankheiten somatischer und psychischer Art führen dazu, dass zahlreiche Hochbetagte mit ihren Behinderungen und Leiden ihr Leben nicht mehr in der gewohnten Weise und Umgebung führen können und vermehrt unter Einschränkungen ihrer Selbstständigkeit leiden. Sie müssen häufiger im Krankenhaus medizinisch behandelt werden, familiengestützte und ambulante Pflege in Anspruch nehmen oder auf Dauer in ein Pflegeheim übersiedeln.

Vieles spricht dafür, dass trotz des Ausbaus ambulanter Pflegedienste der Bedarf an vollstationärer Versorgung für körperlich und psychisch belastete alte Menschen, besonders von Hochbetagten, ansteigt und damit auch die Anforderungen an Pflegeeinrichtungen und ihr Personal (BMFSFJ 2006). Auch Krankenhäuser haben es in Zukunft mit noch mehr sehr alten Menschen zu tun, die an mehreren, oft chronischen und schwer zu behandelnden Krankheiten leiden.

10.2 Stationäre Pflegeeinrichtungen (Altenpflegeheime)

10.2.1 Struktur- und Bewohnermerkmale von Altenpflegeheimen

Altenpflegeheime sind in der Vorstellung vieler, besonders auch alter Menschen immer noch negativ besetzt. Damit assoziiert werden Vorstellungen wie »Endstation«, Verlust von Eigenständigkeit und Individualität, Aufgabe der Privatsphäre und des gewohnten Lebensumfelds, Leben im Kollektiv und soziale Isolierung, ferner hohe Kostenbelastung, die von Angehörigen mitzutragen ist. Negative Erwartungen, die einem Leben im Heim entgegengebracht werden, können sich sogar als ein Motiv unter anderen für einen Suizid alter Menschen erweisen, wie Abschiedsbriefe zeigen (Klostermann u. Schneider 2004). Und selbst Altenpflegekräfte können sich oft nicht vorstellen, später einmal in einem Altenpflegeheim zu leben (Dymarczyk 2003, zit. nach Klostermann u. Schneider 2004, S. 39).

Viele dieser Vorstellungen und Befürchtungen sind durchaus realistisch. Sie treffen die Veränderungen in der Lebens- und Erlebniswelt von alten Menschen, die befürchten, ihren eigenen Hausstand aufgeben und in ein Pflegeheim übersiedeln zu müssen, weil sie körperlich und/oder psychisch nicht mehr in der Lage sind, den Anforderungen an eigenständige Lebensführung gerecht zu werden (Wahl u. Reichert 1994). Die Befürchtungen werden oft noch durch **Medienberichte** über Versorgungsmängel und skandalöse Zustände in einzelnen Pflegeeinrichtungen geschürt. Solche Berichte fördern die Tendenz, die gesamte stationäre

Versorgung älterer Menschen in Misskredit zu bringen. Seltener wird über Pflegeeinrichtungen berichtet, die einen hohen Qualitätsstandard realisieren und den Bedürfnissen ihrer Bewohner organisatorisch und fachlich entgegenkommen. Eine besonders kritische Phase besteht in der Entscheidung zur Übersiedlung in ein Heim und der Anpassung an die oft radikal veränderten Umweltbedingungen, die besonders im hohen Alter sehr beschwerlich werden kann. Diese Anpassung kann der alte Mensch meistens nicht alleine schaffen, sondern er bedarf dazu der Unterstützung von Angehörigen und professionellen und ehrenamtlichen Helfern (Wahl u. Reichert 1994). Häufig entscheidet sich der alte Mensch nicht aus freien Stücken zur Heim-übersiedlung, sondern sein körperlich-seelischer Zustand macht es notwendig, dass andere (Angehörige, Ärzte, Pflegekräfte, Betreuer) darüber entscheiden, weil es keine Alternative mehr gibt. Dem Betroffenen diesen bitteren Entschluss zu vermitteln, ist oft sehr schwierig und konfliktreich.

Die Bewältigung der **Übersiedlung** und die **Anpassung an die neue Umwelt im Heim** gehören zu den zentralen »interaktionalen« Aufgaben, denen sich alte Menschen, Angehörige, soziale Dienste und professionelles Personal gemeinsam stellen müssen. Weitere Aufgaben sind nach Wahl und Reichert (1994, S. 25)

- die weitgehende Bewahrung von Selbstständigkeit und persönlicher Kontrolle,
- das Ausbalancieren des richtigen Ausmaßes an sozialer und privater Aktivität,
- die Bewahrung von Lebenszufriedenheit,
- die Unterstützung bei Bemühungen um ein möglichst lebenswertes und würdevolles Altern, das auch das Akzeptieren von Autonomieeinbußen einschließen kann.

Wenn die Bewältigung dieser Aufgaben im Pflegealltag nicht mehr Priorität hat, Heimbewohner körperlich und seelisch vernachlässigt werden, wenn sie ihr Leben im Heim nicht mehr zufrieden, sondern v. a. als belastend erleben, können Lebensperspektiven schwinden, Gedanken an einen baldigen Tod und Sterbewünsche aufkommen, die direkt oder indirekt an Pflegepersonen und Helfer kommuniziert werden. Bevor auf das engere Thema der Suizidalität von Heimbewohnern eingegangen wird, sollen einige Strukturdaten der stationären Altenpflege im Überblick vorgestellt werden.

■ Strukturdaten der stationären Altenpflege

Etwa ein Drittel aller Pflegebedürftigen, das sind rund 787.000, lebte 2011 in 12.354 stationären Pflegeeinrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach SGB XI (Pflegeversicherung). 2009 wurden noch 6% weniger gezählt. (Diese und folgende statistische Angaben zu Struktur und Personal von Pflegeheimen und Krankenhäusern stammen aus Böhm et al. 2009.)

- **Die Zunahme stationärer Pflegeeinrichtungen spricht dafür, dass trotz des Ausbaus ambulanter Pflege der Bedarf an vollstationärer Pflege weiter angestiegen ist, keinesfalls weniger notwendig oder gar überflüssig geworden ist, wie vor Jahren noch prognostiziert wurde (Stichwort »Schließt die Altersheime!«).**

Bewohnerprofil Heute leben in stationären Pflegeeinrichtungen überwiegend sehr alte, schwer- und schwerstpflegebedürftige Personen. Von den über 89-Jährigen lebt jeder Dritte in einem Pflegeheim, bei den 70- bis 79-Jährigen sind es dagegen ca. 4%. Das Durchschnittsalter der Heimbewohner liegt bei rund 82 Jahren, mit steigender Tendenz. Mehr als drei Viertel (78%) der Pflegebedürftigen in Heimen sind Frauen. Heimbewohner leiden stärker als vergleichbare Personen in Privathaushalten unter chronischen Krankheiten und Mehrfacherkrankungen

(BMFSFJ 2006). Probleme der Heimbewohner bestehen u. a. in Einschränkungen der Körperpflege und Mobilität, in Inkontinenz, kognitiven Einbußen (Demenzkrankungen) und Verhaltensauffälligkeiten wie depressiver Stimmung, Angstzuständen, aggressiven Verhaltensweisen und Sinnestäuschungen. Mindestens 60–80% der Bewohner leiden unter psychischen Störungen, ca. zwei Drittel von ihnen unter einer Demenz (Hirsch u. Kastner 2004; BMFSFJ 2002).

Leistungsprofil Die meisten Heime erbringen **vollstationäre Dauerpflege**. Unter den Pflegeheimbewohnern befinden sich, wie zu erwarten, im Vergleich zu ambulant gepflegten Personen mehr Schwer- und Schwerstpflegebedürftige, die einen hohen organisatorisch-pflegerischen Betreuungsaufwand benötigen. Pflegeheime sind nicht mehr nur Orte langjährigen Wohnens, sondern sie sind zu Einrichtungen der Pflege und Versorgung chronisch kranker, hochbetagter Personen bis zum Lebensende geworden. Die Begleitung Sterbender gehört deshalb zu den personalen und beruflichen Anforderungen an das Pflegepersonal. Auch das Leistungsprofil von Heimen hat sich gewandelt. Rund 75% des zeitlichen Aufwands für personenbezogene Pflegemaßnahmen nehmen Hilfen bei Alltagsverrichtungen ein, 8% fallen auf Behandlungspflege und 17% auf soziale Betreuung und psychiatrische Pflege.

»Die Förderung verbliebener Handlungskompetenz und Selbstständigkeit nimmt im Versorgungsalltag einen sehr geringen Stellenwert ein« (Schaeffer u. Wingenfiedl 2004, S. 484).

Qualitätsprüfung Bundesweite Auswertungen von Qualitätsprüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) zeigen zwar in vielen Punkten Verbesserungen im Erhebungszeitraum 2003–2006, z. B. in der Verbesserung des allgemeinen Pflegezustands der Bewohner. Deutliche **Defizite** und **Mängel** gab es jedoch immer noch

- in der Dekubitusprophylaxe (36%),
- im Bereich »angemessene Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung« (33%),
- bei der Versorgung von Inkontinenzpatienten (16%),
- bei der Versorgung von Personen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen (30%).

Besonders die Versorgungsmängel im letzten Bereich können für die hier zu behandelnde Frage nach der suizidalen Gefährdung von Heimbewohnern von Belang sein. Probleme werden vom MDK außerdem beim Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen und bei Medikamenten festgestellt. Böhm et al. (2009, S. 191) zitieren aus einem Gutachten des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen: »Insgesamt besteht also – positiv formuliert – ein großes Optimierungspotenzial«.

Andere Wohnformen Seit Jahren werden Alternativen bzw. andere Wohnformen zur stationären Altenpflege entwickelt, erprobt und realisiert. Dazu gehören das betreute Wohnen (Servicewohnen) und die Hausgemeinschaften besonders für Demenzerkrankte. Alle diese Wohnformen können die stationäre Pflege hochbetagter, mehrfach erkrankter und pflegeintensiver Personen jedoch nicht ersetzen, höchstens ergänzen.

Arbeitsplatz Pflegeheim Pflegeheime waren 2011 (Datenquelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2013) aber nicht nur Lebensraum und Alltagsrealität ihrer Bewohner, sondern auch Arbeitsplatz für gut 660.000 Beschäftigte mit einem Anstieg von 39% seit 2001. Etwas mehr als

die Hälfte der in Pflege und Betreuung Beschäftigten hat eine staatlich anerkannte Ausbildung in Alten- oder Krankenpflege oder als HelferIn. Die meisten von ihnen (knapp 435.000) waren für Pflege und soziale Betreuung zuständig, die übrigen vorwiegend in den Bereichen Hauswirtschaft, Haustechnik und Verwaltung. Die Personalsituation in der vollstationären Pflege ist aus mehreren Gründen angespannt. Zu diesen Problemen gehören Personalknappheit, Personalfuktuation, Mangel an vollausgebildeten Altenpflegekräften, ausgeprägte körperliche und psychische Belastungen, Aufgabendichte, hoher Zeitdruck, Zuständigkeit für zu viele Bewohner, Mangel an Zeit für psychosoziale Betreuung (individuelle Lebenshilfe), geringe Aufstiegsmöglichkeiten, geringes berufliches Prestige.

Ärztliche Versorgung im Heim Die hausärztliche Versorgung von Heimbewohnern scheint zufriedenstellend. Mangelhaft ist dagegen die Behandlung durch Fachärzte einschließlich Zahnärzte (Hallauer et al. 2005). Von Neurologen und Psychiatern werden nur ein Drittel der Bewohner versorgt.

Kriterien des BMFSFJ Im ersten Heimbericht des BMFSFJ (2006, S. 10) werden »Versorgungskonzepte und Entwicklungslinien in der stationären Pflege« wie folgt fortgeschrieben. Zu den wesentlichen Qualitätsmerkmalen der Heimversorgung gehören »eine aktivierende und an den Ressourcen der Bewohner orientierte Pflege« und »ein bedarfsgerechtes Angebot an sozialer Betreuung«. Zentrale Gesichtspunkte sind auch die Sterbebegleitung, sowie der Ausbau hospizlicher und palliativer Begleitung, Betreuung und Versorgung. Hier kann gleich angeschlossen werden, dass es auch zu den Aufgaben des Personals gehören sollte, auf Signale von Lebensmüdigkeit und Sterbewünschen von Bewohnern aufmerksam zu achten und mitfühlend und begleitend einzugehen. Dadurch kann manifesten Suizidhandlungen lebensüberdrüssiger Heimbewohner, die immer wieder, wenn auch relativ selten zur Ausführung kommen, vorgebeugt werden

10.2.2 Suizidalität von Bewohnern in Altenpflegeheimen

Forschungen zur Suizidalität von Bewohnern in Altenpflegeheimen sind äußerst spärlich. Zusammenfassungen finden sich bei Bockenheimer-Lucius (Vortrag auf der DGS-Tagung 2011), Erlemeier (2011) und McIntosh et al. (1994). Einzelbeobachtungen und Berichte aus Einrichtungen legen jedoch nahe, dass es Todeswünsche und Suizidneigungen bis hin zu manifesten Suizidhandlungen in Altenpflegeheimen gibt. Von Zeit zu Zeit kommt es zu Presseberichten über Suizide in Heimen. Ein Beispiel stammt aus der Zeitung *DERWESTEN* vom 5.1.2010 (Augstein 2010). Ein 94-jähriger Mann vergiftete sich in einem Altenpflegeheim in Westdeutschland. »Sein Suizid löste Entsetzen in Wittener Seniorenheimen aus«, heißt es in dem Artikel. Auch wenn Suizide in Altenheimen nicht die Regel seien, könne man sie nicht ausschließen, meinte der Heimleiter, der zwei Suizide in seiner Laufbahn erlebt hat. Einzelfälle wie diese werden immer wieder berichtet. Das ändert nichts an der Tatsache, dass die äußerst unbefriedigende Datenlage in der Fachwelt immer wieder beklagt wird. Sie bringt es mit sich, dass die Problematik der Suizidalität von Heimbewohnern einerseits unterschätzt bis tabuisiert, auf der anderen Seite Einzelfälle in den Medien überpräsent erscheinen. Jeder Suizid wirft letztlich ein schlechtes Licht auf Pflegequalität, soziale Betreuung und Fürsorge in einer Einrichtung, die sich heute dem Wettbewerb unter Pflegeeinrichtungen stellen muss und Qualitätsüberprüfungen zu erwarten hat. Außerdem tragen Suizidhandlungen im Heim dazu bei, Mitbewohner,

Heimleitung und Pflegepersonal zu verunsichern und in eine Abwehrhaltung zu bringen. Es besteht die Gefahr, dass nach außen eine »Mauer des Schweigens« aufgebaut wird. Jede Aufdeckung von Missständen – manifeste Suizidneigungen oder Suizidhandlungen können ein Anzeichen dafür sein – wird als destabilisierend erlebt und abgewehrt.

- **Die wenigen Untersuchungen, die zur Suizidalität in stationären Altenpflegeeinrichtungen vorliegen, zeigen, dass vollendete Suizide selten vorkommen. Die Suizidrate von Heimbewohnern liegt, verglichen mit der Altersgruppenrate in der Bevölkerung, unter dem Durchschnitt (Götze u. Schmidt 1993; Osgood et al. 1991; Suominen et al. 2004).**

Gründe dafür liegen in der Bewohnerstruktur: Hoher Anteil an Frauen, die allgemein eine geringere Suizidrate als Männer aufweisen, Hochaltrigkeit und körperlich-geistige Fragilität der Bewohner, welche die Handlungsmöglichkeiten der Bewohner einschränken. Ein weiterer Grund ist in der hohen organisatorischen und sozialen Kontrolle über Lebensvollzüge der Bewohner durch das Personal zu sehen.

Im Unterschied zu manifesten Suizidhandlungen treten dagegen »**indirekte selbstdestruktive Verhaltensweisen**« wie äußere Vernachlässigung, Verweigerung von Nahrung, Medikamenten u. a. sowie Anzeichen für Lebensüberdruß (Todeswünsche, Bitte um Sterbehilfe) bei Heimbewohnern häufiger auf als in sonst der Altersgruppe (Götze u. Schmidt, 1993; Nelson u. Farberow, 1980; Osgood et al. 1991). Diese müssen aber nicht zu manifesten Suizidneigungen oder -handlungen führen. Auch sollten bei der Zurückweisung von Medikamenten, Mahlzeiten und Gesprächsangeboten nicht unkritisch gleich Anzeichen für indirekte Selbstdestruktion oder suizidale Absichten vermutet werden, denn es mag ja andere gute Gründe geben, sich solcher Zumutungen zu erwehren, z. B. die Aversion gegen Übermedikation oder den Wunsch nach Ruhe. Zu berücksichtigen ist auch, dass bei den Hochaltrigen, zu denen die meisten Heimbewohner zählen, Anzeichen für Lebensmüdigkeit und suizidale Gedanken generell zunehmen (Barnow u. Linden 1997). Fortin et al. (2001) verglichen Heimbewohner, die Suizidgedanken hegten, mit Heimbewohnern ohne Anzeichen von Suizidalität. Heimbewohner mit suizidalen Anzeichen litten stärker unter gestörten Familienbeziehungen. Sie fühlten sich stärker zurückgewiesen und ihr Gefühl der Einflussnahme auf andere war geschwächt.

- **Suizidale Neigungen von Heimbewohnern sind folglich eingebettet in ein Ursachenbündel mit anderen Belastungsfaktoren, zu denen besonders Gefühle der Hoffnungslosigkeit, Abhängigkeit, Depressivität und der Mangel an hilfreichen familiären Beziehungen gehören.**

■ Untersuchungsergebnisse

Kurz eingegangen werden soll auf eine neuere Untersuchung (Erlemeier 2006). Sie gibt Einblick in das Ausmaß direkter und indirekter Suizidneigungen in stationären Altenhilfeeinrichtungen, registriert **aus der Sicht leitender Pflegekräfte**.

In 225 stationären Altenpflegeeinrichtungen wurde folgende Frage gestellt: »Lassen sich für die letzten 12 Monate Selbsttötungsneigungen bei den Bewohnern/Bewohnerinnen beobachten?« Es wurde nach direkten Selbsttötungsneigungen (eindeutige Absichten oder Handlungen) und indirekten Selbsttötungsneigungen (Todeswünsche, Verweigerung von Nahrung oder Medikamenten) unterschieden. Ferner wurde eine Frage nach Reaktionsweisen gestellt, die sich aus Sicht der Befragten bei Suizidneigungen von Heimbewohnern besonders bewährten.

Die Frage nach dem Vorkommen von direkten Suizidneigungen bei Heimbewohnern in den letzten 12 Monaten bestätigt die Befunde anderer Studien. Direkte Suizidneigungen

bis hin zu manifesten Suizidhandlungen treten in stationären Alteinrichtungen nur selten auf. Immerhin hatten 7,6% der Pflegemitarbeiter direkte Suizidhandlungen »manchmal« in den letzten 12 Monaten beobachtet. Andere Ausprägungsgrade erhält man bei den indirekten Suizidneigungen, die von Pflegemitarbeitern beobachtet wurden. Über die Hälfte von ihnen (56,9%) registrierte indirekte Suizidneigungen (z. B. Todeswünsche, Verweigerung von Nahrung oder Medikamenten) in der Bewohnerschaft »manchmal«, 11 Pflegekräfte (4,9%) sogar »häufig«. Dieses Ergebnis bestätigt andere Studien, die ebenfalls ein relativ häufiges Auftreten von Anzeichen indirekter Suizidneigungen bei Heimbewohnern nachweisen konnten. (siehe aber obige Vorbehalte gegen eine zu unkritische Interpretation von Verweigerungsreaktionen von Heimbewohnern als Anzeichen indirekter Suizidneigungen).

➤ **Suizidneigungen der Bewohner stellen für die Mitarbeiter von Pflegeeinrichtungen eine menschliche und fachliche Herausforderung dar, auf die sie neben ihren täglichen und zeitintensiven Pflegeverrichtungen einführend und qualifiziert reagieren sollten.**

Bezüglich des **Umgangs mit Suizidneigungen** von Bewohnern lassen sich die Reaktionsformen, die sich aus der Sicht des Pflegepersonals bewährt haben, einigen Hauptkategorien in ihrer Nennhäufigkeit zuordnen. Die Kategorien lassen erkennen, dass die befragten Pflegekräfte ein breites Spektrum an Reaktionsformen bereithalten und einsetzen, um Suizidneigungen der Bewohner zu begegnen. An 1. Stelle steht das direkte helfende und einführende **Gespräch** mit dem Bewohner, unterstützt durch den **Einbezug des sozialen Umfeldes** (2. Rangplatz). An 3. Stelle der Reaktionsformen folgt die **Einschaltung medizinisch-therapeutischer Instanzen** wie Haus- und Fachärzte oder psychiatrischer Dienste und Einrichtungen.

Als weitere Maßnahme wird die **Reduktion von Gefahrenquellen** genannt. Es folgen strukturelle Aspekte der Heimorganisation, die suizidpräventiv wirken können, wie gute Pflegeplanung und -dokumentation, Teamgespräche, Milieugestaltung und tagesstrukturierende Maßnahmen. Bemerkenswert ist, dass die Fortbildung zur Thematik möglicher Suizidalität von Heimbewohnern unter den Reaktionsformen eine untergeordnete Rolle spielt. Ein Grund dafür kann die Vordringlichkeit anderer Fortbildungsthemen (z. B. der Umgang mit Demenzkranken, die Begleitung von Sterbenden) sein. Angesichts der Häufigkeit von Anzeichen für Lebensmüdigkeit und Sterbewünschen bei Heimbewohnern bleibt die **Fortbildung von Mitarbeitern** im Umfeld von Suizidalität ein wichtiges Ziel der **Suizidprävention** in stationären Altenhilfeeinrichtungen (ggf. im Zusammenhang mit den Themen Sterben und Sterbebegleitung). Wegweisend sind Äußerungen von leitenden Pflegekräften eines Altenpflegeheims, das einen Suizid zu verkraften hatte. »Selbstmordgedanken darf man nicht einfach hinnehmen« und »Mitarbeiter müssen sensibel mit diesem Thema (der Suizidalität) umgehen«.

10.3 Krankenhäuser

10.3.1 Struktur- und Patientenmerkmale von Krankenhäusern

Der Krankenhaussektor, der für die Behandlung und Versorgung alter Menschen primär infrage kommt, umfasst mehrere medizinische Einrichtungen:

- Allgemeinkrankenhäuser,
- psychosomatische Kliniken,
- Rehabilitationseinrichtungen,
- geriatrische und gerontopsychiatrische Kliniken.

Trotz des Ausbaus von geriatrischen Abteilungen und Kliniken sowie geriatrischer Rehabilitationsplätze findet ein Großteil der Behandlung und Versorgung von Alterspatienten in Akutkrankenhäusern statt, v. a. in internistischen Fachabteilungen (BMFSFJ 2002). Sie stellen die größte Nutzergruppe. Rund 7 Mio. (41%) der ca. 17 Mio. Behandlungsfälle in 2006 waren 65 Jahre und älter (Ihr Bevölkerungsanteil beträgt ca. 20%). Auch der Großteil der Sterbefälle in Krankenhäusern (81%) betraf Personen dieser Altersgruppe. »Der Alltag in Akutkrankenhäusern (ist) geprägt von der Versorgung und dem Sterben vor allem älterer und alter Menschen« (Böhm et al. 2009, S. 181). Im Wesentlichen haben es die Akutkrankenhäuser mit Alterspatienten zu tun, die an Herz-Kreislauf-, Krebs-, Stoffwechsel- und Atemwegserkrankungen leiden. Dazu kommen chronische Erkrankungen des Bewegungsapparats. Vorwiegende Indikation für eine stationäre Krankenhausbehandlung alter Menschen sind bei den Männern Herzerkrankungen, bei den Frauen Herzerkrankungen, Oberschenkelhalsbruch und Hirninfarkte. Herzerkrankungen sind neben bösartigen Neubildungen auch die häufigste Todesursache bei Personen im Alter von 65 Jahren und älter (Statistisches Bundesamt 2012). Alte Menschen, die im Krankenhaus aufgenommen werden, kommen sowohl aus dem häuslichen als auch aus dem institutionellen Wohnbereich, v. a. den Pflegeheimen. Neben der akuten Haupterkrankung bestehen meist weitere Erkrankungen und damit einhergehende Beeinträchtigungen auf der funktionellen Ebene und im psychosozialen Bereich, die oftmals die Lebensqualität dauerhaft einschränken. Die damit verbundenen persönlichen Belange werden neben der somatischen Behandlung oftmals nicht ausreichend berücksichtigt.

➤ **Die Möglichkeiten für eine nichtpharmakologische psycho- und sozialtherapeutische Intervention bei alten Menschen im Akutkrankenhaus werden häufig nicht genutzt.**

Es ist in Akutkrankenhäusern davon auszugehen, »dass Arbeitsmilieu und Arbeitsstil weitgehend durch den Umgang mit jüngeren Akutkranken geprägt ist und (man) den Bedürfnissen Hochaltriger nicht voll gerecht wird, (dass) das Eingehen auf die psychosozialen Bedürfnisse Hochaltriger erschwert ist« (BMFSFJ 2002, S. 242).

Besser wäre für sie in vielen Fällen eine fach- und altersgerechte Behandlung und Versorgung in einer geriatrischen Einrichtung. 2006 wurde von 117 Krankenhäusern mindestens eine Fachabteilung für klinische Geriatrie gemeldet. Insgesamt gab es in Deutschland jedoch 2.104 Krankenhäuser. In 193 Akutkrankenhäusern standen insgesamt nur 10.561 Betten für die geriatrische Versorgung zur Verfügung, in Reha-Kliniken mit 98 Fachabteilungen für klinische Geriatrie waren es 5.977 Betten. »Das entspricht einer Versorgungsquote von 6,5 ‚akutgeriatrischen‘ bzw. 3,7 ‚reha-geriatrischen‘ Betten pro 10.000 Personen ab 65 Jahren« (Böhm et al. 2009, S. 187), eine erschreckend niedrige Quote für eine gezielt geriatrische Versorgung von Alterspatienten. Erschreckend ist auch, dass trotz der Folgen des demografischen Wandels eine Ausweitung des geriatrischen Angebots nicht zu erwarten ist, im Gegenteil, die geriatrische Versorgungsquote betrug 2003 noch 12,3 Plätze pro 10.000 Einwohner, sie sank auf 11,3 im Jahre 2006. Noch düsterer sieht es mit einem Überblick über die stationäre gerontopsychiatrische Versorgung aus. Nach Analysen der o. g. Autoren liegen genauere Angaben zur Zahl der gerontopsychiatrischen Einrichtungen oder Betten nicht vor. Lediglich für den Reha-Sektor fand man für das Jahr 2006 insgesamt 100 Betten für klinische Geriatrie, die Rehabilitationseinrichtungen für Psychiatrie und Psychotherapie angegliedert sind.

■ Schlussfolgerung

Sowohl im stationären Altenpflegebereich wie im Krankenhaussektor werden die psychosozialen und individuellen Bedürfnisse kranker und pflegebedürftiger alter Menschen oft nicht angemessen und ganzheitlich berücksichtigt. Ausreichende Zeit für aktivierende Pflege, Förderung der Selbsthilfefähigkeit und für psychotherapeutische Hilfen steht oft nicht zur Verfügung. Es muss deshalb nicht verwundern, dass vor dem Hintergrund individueller Problemlagen und institutioneller Strukturmängel der Wunsch, unter den Mehrfachbelastungen des Alters nicht mehr weiterleben zu wollen, nicht selten vorkommt. Mit den körperlich-seelischen Leiden, den existenziellen Sorgen, negativen Gefühlen, Zukunftsängsten und Sterbewünschen von oft hochbetagten Heimbewohnern und Krankenhauspatienten umzugehen, fühlen sich Pflegekräfte, Ärzte, Betreuer, ehrenamtliche Helfer und Angehörige oft überfordert und nicht genügend vorbereitet.

10.3.2 Suizidalität von Patienten im Krankenhaus

Dem Titel des Beitrags folgend werden in diesem Kapitel Studien fokussiert und interpretiert, die ausdrücklich mit der Suizidalität und Suizidprävention alter Menschen in Krankenhäusern zu tun haben. Dabei handelt es sich um Akutkrankenhäuser und psychosomatische Kliniken, ferner um stationäre geriatrische und gerontopsychiatrische Einrichtungen. Insgesamt ist die Datenlage dazu eher schmal, sowohl altersunspezifisch als auch altersbezogen. Wolfersdorf u. Etzersdorfer (2011, S. 202) konstatieren z. B. eine unklare bis schlechte Datenlage zur Suizidalität von Patienten in psychosomatischen Kliniken und Akutkrankenhäusern, obgleich Suizide und Suizidversuche dort bekannt sind. Ähnlichkeiten zur mageren Datenlage im Hinblick auf Suizidalität von Altenheimbewohnern drängen sich auf.

Allgemeinkrankenhäuser Zur Suizidprävention und Krisenintervention bei suizidalen Patienten im Allgemeinkrankenhaus legten Wedler und seine Arbeitsgruppe in den 80er-Jahren Konzepte und Praxisanleitungen vor, die bis heute Bestand haben. Es ging v. a. um den Umgang mit Suizidpatienten im therapeutischen Team und die weiterführende Behandlung und Begleitung dieser Patienten nach der Akutbehandlung (Wedler 1992; Wolfersdorf u. Etzersdorfer 2011). In einem Beitrag geht Wedler (2001) auf den »Umgang mit Suizidalität und Sterbewünschen im Alter« ein. Er fußt auf Befragungen von Patienten, Ärzten und Pflegepersonal eines Allgemeinkrankenhauses und bestätigt einen allgemeinen Beurteilungstrend, nämlich »dass professionelle Mitarbeiter von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen gegenüber Suizidtendenzen insbesondere alter Menschen sehr viel permissiver eingestellt sind als die Durchschnittsbevölkerung« (ebd. S. 168). Schwerpunktmäßig geht es in dem Artikel um ethische Aspekte der Auseinandersetzung alter Menschen mit drängenden Fragen des Lebensendes, zu denen auch die Option Suizid gehört. Diese Auseinandersetzung ist nach Wedler in besonderem Maß von der »Ambivalenz des Lebenswillens« geprägt. In dieser Ambivalenz drückt sich u. a. der Konflikt zwischen Autonomie und Abhängigkeit sowie dem damit verbundenen Wechselspiel von Angst und Geborgenheit aus (s. auch Wedler 2004).

Stationäre Geriatrieeinrichtungen Über Suizidalität und Suizidprävention in stationären Geriatrieeinrichtungen liegen eine Reihe von Befunden vor. Sie beziehen sich v. a. auf das Auftreten von suizidalen Tendenzen, hier v. a. von Todeswünschen und Suizidgedanken von

Alterspatienten. Diese Tendenzen (suicidal ideation; Barnow u. Linden 1997, S. 173¹) bei alten Menschen sind bisher nicht so häufig untersucht worden wie manifeste Suizidhandlungen, obgleich es für die **Suizidprävention im Alter** ein wichtiger Schritt ist, im Vorfeld manifester suizidaler Handlungen die Personen auszumachen, die sich in einer schweren Lebens- und Sinnkrise befinden und sich deshalb gedanklich und emotional mit dem gewollten Ende ihres Lebens beschäftigen. Bei Persistenz dieser quälenden Gedanken kann es zu einer **suizidalen Entwicklung** kommen, die Pöldinger (1982) in seinem Phasenmodell der Erwägung, Ambivalenz und des Entschlusses zur Suizidhandlung überzeugend beschrieben hat.

■ Studienergebnisse

Einen Überblick über Studien zur Verbreitung von Todeswünschen und Suizidgedanken im Alter geben Sperling u. Thüler (2009). Sie sprechen für 2,5–15% der älteren Allgemeinbevölkerung, die ihr Leben nicht lebenswert finden; 2,8–6% äußern Todeswünsche, 1–2,8% tragen sich mit Suizidgedanken oder Suizidplänen und 0,2–0,6% weisen Suizidversuche auf. Höhere Prozentwerte für Lebensmüdigkeit und Sterbewünsche findet man bei geriatrischen und älteren psychiatrischen Patienten. Wenig bekannt ist bisher über Ursachen und Kontexte von Sterbewünschen und Suizidgedanken alter Menschen. Sperling u. Thüler untersuchten bei Patienten einer geriatrischen Klinik Vorkommen und Kontext von Todeswünschen, Suizidgedanken, -plänen oder -versuchen. Mit 36% lagen diese Äußerungen wie zu erwarten weit über dem Durchschnitt der älteren Allgemeinbevölkerung. Als Kontextvariablen für Suizidalität kommen negativ erlebte Veränderungen sozialer Kontakte, Aktivitäten und Interessen sowie Schmerzsymptome in Betracht. Anzeichen von Suizidalität bei geriatrischen Patienten scheinen auch zu fluktuieren und durch eingehende Gespräche beeinflussbar zu sein.

Suizidale Gedanken und Gefühle, die häufiger bei alten Menschen in körperlich-seelischen Notlagen vorkommen, müssen nicht zu manifesten Suizidhandlungen führen. Im Verlauf therapeutischer Gespräche können sie auch wieder abklingen. In psychisch desolater Lage können sie aber der erste Schritt zu einem Suizid sein. Es wurden z. B. suizidale Gefühle von alten Menschen in dem Jahr, bevor sie sich töteten, durch nachträgliche Befragung (psychologische Autopsie) von Ärzten und Angehörigen erfasst. Im Jahr vor ihrem Suizid hatten 73% der Verstorbenen ihre suizidalen Gefühle (Lebensmüdigkeit, Todeswünsche, Suizidgedanken, Suizidversuche) nahestehenden Personen kommuniziert, weniger dagegen ihren Ärzten (Waern et al. 1999). Die Suizidalität (Suizide, Suizidversuche) gerontopsychiatrischer Patienten (65 Jahre und älter) untersuchten Neuner et al. (2009). Sie war bei älteren Patienten sowohl vor als auch während der Klinikaufnahme seltener als bei jüngeren Patienten. Weniger als 10% der Kliniksui-zide wurden von älteren Patienten ausgeführt. Die möglichen Gründe dafür werden von den Autoren diskutiert. So könnte das Personal wegen der erhöhten Suizidgefährdung älterer Patienten verstärkte Schutz- und Sicherheitsmaßnahmen vorhalten. Ein weiterer Grund könne darin liegen, dass wegen der bekannten Fehlbeachtung psychischer Störungen im Alter ältere Menschen erst gar nicht stationär psychiatrisch-psychotherapeutisch versorgt werden. Suizidversuche im Vorfeld der Klinikaufnahme, eine Depressionsdiagnose und vorherige Suizidgedanken waren unter anderen Risikomerkmale bezeichnend für die suizidalen Patienten. Betont wird, wie in den meisten Studien, die Notwendigkeit Depression und Suizidalität in Hausarztpraxen frühzeitig zu erkennen und die Fachkräfte im Umgang mit Suizidalität im Alter zu schulen.

1 Barnow u. Linden (1997, S. 173) definieren »suicidal ideation« sehr umfassend: »Generally, suicidal ideation can be described as cognition of tiredness of life, the wish to be dead and suicidal intent or behaviour.«

10.4 Zusammenfassung

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass suizidale Gedanken und Gefühle bei sich gesund fühlenden älteren Menschen so gut wie nicht auftreten. Bei psychisch und/oder körperlich belasteten älteren Menschen sind Anzeichen für suizidale Gedanken (»suicidal ideation«) jedoch nicht selten. Sie können sich in verschiedenen Formen ausdrücken: im Gefühl, das Leben sei nicht mehr lebenswert, im Wunsch tot zu sein oder auch in Suizidgedanken bis hin zur Vorstellung und Planung, sich das Leben zu nehmen. Die vorliegenden Studien liefern Belege dafür, dass psychosoziale Belastungen, körperliche und seelische Erkrankungen den verschiedenen Äußerungsformen von Suizidalität im Alter Auftrieb geben. Für die **Suizidprävention** und klinische Praxis in Alteinrichtungen ist es wichtig, auf mögliche suizidale Neigungen von Bewohnern und Patienten zu achten, die sich hinter körperlichen, psychischen und psychosozialen Probleme im Alter verbergen können. Adressaten für Krisenhilfe und Suizidprävention in stationären Einrichtungen sind aber nicht nur die Heimbewohner und Alterspatienten selbst, sondern auch ärztliches und pflegerisches Personal, Angehörige und ehrenamtliche Helfer, die sich im Umgang mit suizidalen alten Menschen oft schwer tun. Ein wichtiger Ansatz der Suizidprävention ist die Unterrichtung und Schulung von Personal in der Altenpflege und in medizinischen Alteinrichtungen zu Fragen der Suizidalität und Suizidprävention alter Menschen sowie die Beziehungsgestaltung im täglichen Umgang mit Bewohnern von Pflegeheimen und Alterspatienten in Krankenhäusern.

Literatur

- Augstein J (2010) Suizid im Altenheim. »Selbstmordgedanken darf man nicht einfach hinnehmen«. DERWESTEN, 5.1.2010. ► <http://www.derwesten.de/staedte/witten/selbstmordgedanken-darf-man-nicht-einfach-hinnehmen-id2343571.html>. Zugriffen: 24.3.2014
- Barnow S, Linden M (1997) Suicidality and tiredness of life among very old persons: Results from the Berlin Aging Study (BASE). Arch Suicide Res 3:171–182
- Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T (Hrsg) (2009) Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert-Koch-Institut, Berlin
- BMFSF (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2002) Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation. Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung dementieller Erkrankungen. Berlin
- BMFSF (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2006) Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über Situation in Heimen und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. Berlin
- Erlemeier N (2011) Suizidalität und Suizidprävention im höheren Lebensalter. Kohlhammer, Stuttgart
- Erlemeier N (2006) Direkte und indirekte Suizidneigungen bei Bewohnern stationärer Altenhilfeeinrichtungen. Suizidprophylaxe 33:79–83
- Fortin A et al (2001) Suicidal ideation and self-determination in institutionalized elderly. Crisis 22:15–19
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2013) ► www.destatis.de. Zahlen & Fakten/Pflege. Dort Überleitung auf Gesundheitsberichterstattung des Bundes: ► www.gbd.de. Zugriffen: 3.6.2013
- Götze P, Schmidt B (1993) Suicidality among occupants of a state nursing home. In: Böhme K et al (Hrsg) Suicidal behaviour. The state of the art. Roderer, Regensburg, S 262–267
- Hallauer J, Bienstein Chr, Lehr U, Rönsch H (2005) SÄVIP-Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Vincentz, Hannover
- Hirsch RD, Kastner U (2004) Heimbewohner mit psychischen Störungen – Expertise. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln
- Klostermann P, Schneider V (2004) »So ist kein Leben« – Suizide alter und hochaltriger Menschen. Suizidprophylaxe 31:35–40

- McIntosh JL et al (1994) Elder suicide. Research, theory and treatment. American Psychological Association, Washington DC
- Nelson FL, Farberow NL (1980) Indirect self-destructive behaviour in the elderly nursing home patients. *Journal of Gerontology* 35:949–957
- Neuner T, Schmid R, Hübner-Liebermann B, Spießl, H (2009). Suizidalität gerontopsychiatrischer Patienten vor und während ihres Klinikaufenthaltes. *Suizidprophylaxe* 36:72–76
- Osgood NJ, Brant BA, Llpman A (1991) Suicide among the elderly in long-term care-facilities. Greenwood, Westport CT
- Pöldinger WJ (1982) Erkennung und Beurteilung der Suizidalität. In: Reimer C (Hrsg) Suizid. Ergebnisse und Therapie. Springer, Berlin, S 13–23
- Schaeffer D, Wingenfeld K (2004) Pflegerische Versorgung alter Menschen. In: Kruse A, Martin M (Hrsg) Enzyklopädie der Gerontologie. Huber, Bern, S 477–490
- Sperling U, Thüler C (2009) Äußerungen von Todesverlangen – Suizidalität in einer geriatrischen Population. *Suizidprophylaxe* 36:29–35
- Statistisches Bundesamt (2012). Gesundheit im Alter. Wiesbaden.
- Suominen K et al (2004) Nursing home suicides – a psychological autopsy study. *Int J Geriatr Psychiatry* 18:1095–1101
- Waern M et al (1999) Suicidal feelings in the last year of life in elderly people who commit suicide. *Lancet* 354:917–919
- Wahl HW, Reichert M (1994) Übersiedlung und Wohnen im Altenheim als Lebensaufgabe. In: Kruse A, Wahl HW (Hrsg) Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort? Huber, Bern, S 15–47
- Wedler H (1992) Behandlung von Suizidpatienten im Allgemeinkrankenhaus. In: Wedler H, Wolfersdorf M, Welz R (Hrsg) Therapie bei Suizidgefährdung. Ein Handbuch. Roderer, Regensburg, S 293–304
- Wedler H (2001) Umgang mit Suizidalität und Sterbewünschen im Alter. *Suizidprophylaxe* 28:165–171
- Wedler H (2004) Ethische Aspekte der Suizidalität im Alter. *Suizidprophylaxe* 31:43–47
- Wolfersdorf M, Etzersdorfer E (2011) Suizid und Suizidprävention. Kohlhammer, Stuttgart

Teamkoordination in stationären Einrichtungen

Rolf D. Hirsch, Reinhard Lindner

- 11.1 Einstellungen und Affekte – 124**
 - 11.1.1 Eigenproblematik von Teammitarbeitern – 124
 - 11.1.2 Ablehnende Vorurteile – 125
 - 11.1.3 Emotionen auf Helferseite – 125
 - 11.1.4 Umgang mit Gegenübertragungsphänomenen – 125
- 11.2 Therapeutisches Milieu und Behandlungsteam – 126**
- 11.3 Fortbildung – 128**
- 11.4 Fallkonferenz und Dokumentation – 128**
- 11.5 Checkliste und Leitlinie – 129**
 - Literatur – 130**

Ältere Menschen, die suizidgefährdet sind oder einen Suizidversuch durchgeführt haben, bedürfen eines besonders einfühlsamen und haltenden Umgangs und eines dementsprechenden Milieus. Dies gilt auch für ihre Angehörigen und manchmal für enger involvierte Bekannte. Wurde ein Suizid durchgeführt, kann ein stützender Umgang mit den Verbliebenen notwendig sein. Ein Behandlungsteam muss so zusammenarbeiten, dass es diese Aufgaben bewältigen kann. Es bedarf nach einem Suizid einer besonderen Aufmerksamkeit.

Die Behandlung suizidaler Älterer erfolgt häufig im stationären Bereich, manchmal nach medizinischer Erstversorgung in einem somatischen Krankenhaus in einer gerontopsychiatrischen Abteilung. Einige Abteilungen haben eine Depressionsstation, auf welcher auch Suizidale behandelt werden, meist aber ist es eine Station mit unterschiedlichen Krankheitsbildern. Die Erstaufnahme, manchmal durch eine Zwangseinweisung, auf einer geschlossenen Station, auf der überwiegend Menschen mit einer Demenz oder einer hochakuten Psychose behandelt werden, wird häufig als sehr beängstigend und kränkend erlebt. Eine Erstbehandlung in einer Ambulanz oder in einer Praxis wird eher poststationär oder bei chronifizierter suizidaler Tendenz durchgeführt, manchmal auch in einem Alten- oder Altenpflegeheim.

➤ **Da die Kenntnisse, Aufgaben und therapeutischen Möglichkeiten der Mitarbeiter sehr unterschiedlich sind, ist Teamarbeit eine Voraussetzung für professionelles Handeln.**

Zum Gelingen einer Behandlung Suizidaler tragen das Behandlungssetting und die Beziehung der Behandler zum Patienten sowie zu seinen Angehörigen, aber auch die Arbeitsbeziehung der Mitarbeiter untereinander entscheidend bei. Für den professionellen Umgang mit den Patienten bedeutet dies, dass an jeden einzelnen Helfer vielseitige fachliche und persönliche Anforderungen gestellt werden und sie hierfür ausgerüstet sein müssen.

Mögen auch die weiteren Ausführungen primär für gerontopsychiatrische Einrichtungen beschrieben sein, so sind einige der Aspekte sicherlich auch für geriatrische und allgemeinmedizinische Kliniken von Bedeutung. Bei der ambulanten Behandlung kommt es darauf an, ob der Arzt im Rahmen einer Institutsambulanz (z. B. gerontopsychiatrisches Zentrum) mit einem Team zusammenarbeiten kann oder sich als niedergelassener Arzt in der Praxis mit regional vorhandenen Einrichtungen absprechen muss. Hilfreiche Hinweise hierfür werden im Folgenden ebenfalls gegeben.

11.1 Einstellungen und Affekte

11.1.1 Eigenproblematik von Teammitarbeitern

Mitarbeiter von Einrichtungen haben aufgrund ihrer Lebensbiografie und beruflichen Sozialisation eine z. T. sehr unterschiedliche Einstellung zu suizidalen Menschen. Hinzukommt, dass die **Suizidgefährdung von Mitarbeitern** nicht unterschätzt werden darf. Bekanntlich ist die Suizidrate von Ärzten und Pflegeberuflern im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erheblich höher (Milch 2005). Wichtige äußere Risikofaktoren dürften Arbeitsüberlastung, zu kurze Regenerationszeiten, zu geringe soziale Unterstützung und mangelnde Möglichkeiten zur Entspannung und Selbstreflexion sein. Dabei sind persönliche Beziehungskonflikte von Mitarbeitern nicht zu unterschätzen.

11.1.2 Ablehnende Vorurteile

Kommt ein Patient nach einem Suizidversuch zur Notaufnahme in eine Klinik, so kann er mit negativen Vorurteilen von Mitarbeitern konfrontiert werden: »Den Alten hätten sie ruhig sterben lassen sollen«, »Wenn er sich schon umbringen will, soll er es richtig machen« oder »Die stiehlt uns das Bett für schwerkranke Patienten«, »Den sollen doch die Psychiater behandeln, was macht der bei uns«. Dahinter stecken meist unbewusste **ethische, moralische und religiöse Einstellungen** (Reimer 2005) wie:

- Sich umbringen zu wollen, gehört sich nicht.
- Sich selbst zu beschädigen, ist moralisch verwerflich.
- Wer das tut, soll auf das Unrecht seines Tuns hingewiesen und schon bei der Erstversorgung hart angefasst werden.
- Selbstmord ist Privatangelegenheit, in die man sich nicht einmischen soll. Wer sich schon umbringen will, sollte unterstützt werden (Recht auf eigenen Tod).

Gerade bei Mitarbeiter von nichtpsychiatrischen/-psychotherapeutischen Einrichtungen sind solche den Suizidpatienten ablehnende Vorurteile eher anzutreffen. Sie drücken **gesellschaftliche Einstellungen** aus, die es nicht zu unterschätzen gilt. Sind sie auch unprofessionell und widersprechen den ethischen Grundsätzen der Medizin und Pflege, so müssen sie ernstgenommen, hinterfragt und bearbeitet werden.

11.1.3 Emotionen auf Helferseite

Mitarbeiter aus psychiatrisch/psychotherapeutischen Einrichtungen sind eher bereit, sich auf die Problembereiche von suizidalen Patienten einzulassen. Bei ihnen können Gefühle der Angst, Ohnmacht, Hilflosigkeit sowie Unsicherheit und Infragestellung der Helferrolle, aber auch solche der Missachtung, Ablehnung und Wut auftreten. Hinzu kommen Überlegungen zur Kontrolle, »lückenlosen« Überwachung und Sicherheit des Suizidanten sowie der rechtlichen Absicherung der Mitarbeiter und der Institution. Muss ein Mensch nach einem Suizidversuch auf eine geschlossene Station, oder kann er auch auf einer offenen Station behandelt werden? Zu oft wird reflexartig, auf Sicherheit bedacht, die Entscheidung für eine geschlossene Station, manchmal mit »Zwangsunterbringung«, getroffen. So können der Zugang zum Patienten und ein Beziehungsaufbau erheblich erschwert werden. Entscheidend ist, was ein Therapeut und sein Team halten sowie aushalten können und welche Unterstützung sie von der Institution bekommen.

11.1.4 Umgang mit Gegenübertragungsphänomenen

Um diesen – für den Umgang mit Suizidanten eher destruktiven – Tendenzen, Einstellungen und Affekten, die Mitarbeiter haben können, entgegenzuwirken, ist eine konstruktive und offene Auseinandersetzung mit ihnen notwendig. Grundlegend ist eine Auseinandersetzung mit den Phänomenen der Gegenübertragung. Sperling (1972) hält sie für einen der wichtigsten Gesichtspunkte. Zu beachten sind die alterstypischen Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene in der asymmetrischen Patienten-Helfer-Beziehung, in der Teambesprechung (z. B. auch Gruppenphänomene) und, wenn die Behandlung im stationären Bereich erfolgt,

im stationären Setting. Auch die hierarchisch strukturierte Institution, mit der sich Therapeuten und Pflegepersonal mehr oder weniger identifizieren, die kollektiven Gegenübertragungswiderstände der Mitarbeiter wie auch deren Persönlichkeitsstruktur haben einen nicht zu unterschätzenden Einfluss (Götze 2007). Unbewusste Konflikte von Mitarbeitern können eine für die Patienten notwendige fruchtbare, verstehende, warme und akzeptierende Haltung sehr erschweren (Reimer 2005). Hierbei sind sowohl die Einstellung zum Alter und Altern als auch die zur Suizidalität generell und zum suizidalen alten Menschen von Bedeutung. Obwohl durch Schulung des Personals diese Gegenübertragungsgefühle nicht grundsätzlich verhindert werden können, sollten diese Aspekte mehr Beachtung finden, da die Einstellung zum Patienten, das therapeutische Klima und ein Behandlungserfolg von diesen erheblich beeinflusst wird.

Aspekte der Gegenübertragung (Maltsberger u. Buie 1974; Hirsch 1997; Lindner et al. 2006; Radebold u. Hirsch 2003)

- Akzeptanz des Suizids eines alten Menschen (»Bilanzsuizid«) als Lösung seiner Probleme (körperlich, psychisch, sozial)
- Projektive Identifikation und starker regressiver Sog
- Aktivierung von unbewussten Rache- und Revanchegefühle sowie Schuldgefühlen
- Eigene Ängste vor Altern, Alter, Abhängigkeit, Isolation, Pflegebedürftigkeit, Krankheit und Sterben (»Gerontophobie«)
- Angst vor dem alten Menschen
- Feindseligkeit und Abneigung gegen über dem Patienten (»Gegenübertragungshass«)
- Verleugnung psychischer oder sozialer Probleme des alten Menschen
- Abwehr des Suizidrisikos eines alten Menschen
- Pathologisierung des Alterns und des Suizids
- Hilflosigkeit, bedingt durch Mängel des Versorgungssystems

11.2 Therapeutisches Milieu und Behandlungsteam

Die Behandlung eines alten Menschen mit suizidaler Problematik – ambulant und stationär – bedarf eines besonderen therapeutischen und pflegerischen Milieus, in dem sich die Patienten und die Helfer wohlfühlen können, unterstützt werden und respektvoll miteinander umgehen. Dementsprechend bedarf das therapeutische Milieu einer bewussten und klaren Strukturierung, um dem Patienten Halt und Vertrauen zu geben. Dies geschieht unter Einbeziehung von Störungsbild, Ressourcen und Beziehungsdynamik in die Wahrnehmung der Mitarbeiter. Tiefenpsychologische Aspekte sind hierbei einzubeziehen, weniger aber »klassische« Strategien wie strenge Abstinenz oder dauernde Deutungen. Die Haltung der Mitarbeiter und die Art der strategischen Umsetzung von Interventionen sind entscheidend. Natürlich sollen Haltungen von Mitarbeitern und ihrer Umgangsweise mit Patienten konform mit ihrer inneren Werthaltung sein, die durch nonverbale Gesten, Aktionen, Reaktionen deutlich wird. Eingeführte Rituale und Regeln bei Einzel- und Gruppeninterventionen sollen möglichst individuell und patientenorientiert den Bedürfnissen und Möglichkeiten entsprechend gestaltet sein. Die Auswirkungen von Haltungen der Mitarbeiter und mögliche Veränderungen gilt es immer wieder zu hinterfragen. Atmosphäre, Strukturen und Inhalte der Beschäftigungen sollen dabei den Fähigkeiten, Interessen und den Hilfeplanziele der Patienten entsprechen.

- **Grundlage der Interventionen ist, den Menschen in seiner biopsychosozialen Gesamtheit im Rahmen seiner sozialen Beziehungen und mit seinen weltanschaulichen Überzeugungen und Bedürfnissen wahrzunehmen und zu erleben.**

Notwendig hierfür ist, dass die Mitarbeiter eines Teams sich gegenseitig wertschätzen und nach einem **Behandlungskonzept**, das gemeinsam erarbeitet wurde, vorgehen. Dabei sollen Kreativität und Eigeninitiative gefördert werden.

Bausteine des Gesamtbehandlungskonzepts

- Ergotherapie
- Bewegungs- und Körpertherapie
- Musik-, Kunst-, Tanz- und Gestaltungstherapie
- Entspannungsverfahren
- Problem- und störungsorientierte Gruppen
- Selbstsicherheitstraining
- Einzel- und Gruppentherapie
- Förderung der Alltagskompetenzen (z. B. Kochen, Einkaufen, gesellige Runden, Spaziergänge, Besuche von Museen und Altentagesstätten)
- Förderung der sozialen Fertigkeiten (Prävention gegen Einsamkeit)

Soll auch jede Berufsgruppe eines Teams ihre fachliche Qualifikation einbringen und sich über unterschiedliche Auffassungen auseinandergesetzt werden, so bedarf es doch eines Koordinators mit ärztlich/psychologischer und psychotherapeutischer Kompetenz, der für den »roten Faden« zuständig ist (Verteilung der Aufgaben an die jeweils Zuständigen, Verantwortung für deren Umsetzung). Die unterschiedlichen und z. T. manchmal auch konflikthafter Vorstellungen, Bedürfnisse und Wünsche der Helfer münden in die Arbeit des **Behandlungsteams** ein. Dessen Zusammenarbeit trägt dazu bei, dass für den Suizidalen ein möglichst optimales **Behandlungskonzept** erarbeitet, immer wieder überprüft und an die jeweiligen Gegebenheiten angepasst werden kann. Die Einbeziehung des Patienten und die klare adäquate Vermittlung von therapeutischen Schritten fördern die Motivation des Patienten und sein Selbstwertgefühl. Die informelle Kommunikation und die jeweilige Koordination der einzelnen therapeutischen und pflegerischen Angebote und der jeweiligen Verantwortungsbereiche unterstützen das **Gemeinschaftsgefühl der Mitarbeiter** (corporate identity), fördern das Sicherheits- und Wertschätzungsgefühl des Patienten und führen leichter zur Verwirklichung eines Gesamtbehandlungskonzepts. Notwendige Vertretungen von Mitarbeitern sollten verlässlich sein. Der Umgang mit möglichen Krisensituationen sollte klar geregelt sein. Zu starre strukturelle Regeln würden eine lebendige funktionelle Umgangsweise verhindern. Ein gemeinsam erarbeitetes Konzept mit Therapieplanung beinhaltet auch Möglichkeiten der Durchlässigkeit. Hilfsmittel für das Behandlungsteam sind regelmäßige patientenorientierte Konferenzen mit diesbezüglicher ausführlicher **Dokumentation** und eine kontinuierliche **Supervision**. Dies fördert auch das Selbstverständnis und die Mitverantwortung von Mitarbeitern. Zu achten ist auf einen manchmal sich langsam entwickelnden regressiven Sog, ausgelöst durch einen suizidalen Patienten, der sich im Team ausbreiten kann. Daher gilt es auch, auf die Stimmung des Teams zu achten. Hilfreich ist, den Sinn für Humor bei den

Mitarbeitern zu unterstützen und dadurch ein freundliches, manchmal auch fröhliches Klima trotz schwierigster Bedingungen zu fördern.

11.3 Fortbildung

Da der Umgang mit suizidalen Patienten für die Behandler sehr belastend sein kann, sind eine spezifische Schulung (fachlich und psychohygienisch) und eine kontinuierliche theoretische Fortbildung einschließlich Supervision (emotionale Fortbildung) Voraussetzung für alle Teammitglieder, um einerseits den Bedürfnissen der Patienten gerecht zu werden und andererseits auch negative Affekte von Mitarbeitern aufzufangen sowie deren psychisches Gleichgewicht zu erhalten. Kenntnisse über Altern und Alter und deren Spezifika gehören mit zur Fortbildung. Der Einarbeitung von neuen Mitarbeitern gilt dabei ein besonderes Augenmerk. Notwendig ist, dass diese von erfahrenen Mitarbeitern gestützt und begleitet werden.

➤ **Als sehr sinnvoll haben sich Fortbildungen für Pflegepersonen auch von Alten- und Pflegeheimen erwiesen. Eine Chance sind dafür die Wohnbereichsbesprechungen.**

■ Literaturempfehlungen zur Fortbildung

Vorstellung von neuen Erkenntnissen der Suizidforschung, Darstellung von Fachartikeln und themenbezogene Artikel aus Fachbüchern ergänzen den jeweiligen Wissensstand. Einen guten Überblick gibt das Buch von Erlemeier (2011): *Suizidalität und Suizidprävention im höheren Lebensalter*. Nicht nur als Einstieg, sondern auch zur Vertiefung des Wissens zur Suizidalität im Alter ist als beispielhaft zu nennen die Schrift *Suizidalität im Alter* von Schneider et al. (2011), die inhaltsreiche Folien mit Erläuterungen bietet. In der Zeitschrift *Suizidprophylaxe* (Herausgeber: Wedler et al.) sind Artikel über Suizidalität im Alter zu finden.

11.4 Fallkonferenz und Dokumentation

Die Fallkonferenz, an der alle Mitglieder des Teams teilnehmen, dient der Minimierung fehlerhafter oder widersprüchlicher therapeutischer Entscheidungen. Die Ergebnisse eines Assessments werden vorgestellt, diskutiert und ein **ganzheitlich orientierter Therapieplan** erstellt. Alle Vorgänge werden entsprechend dokumentiert. Kontinuierlich werden therapeutische Entscheidungen und mögliche Alternativen überprüft. Im Behandlungsteam werden die pharmako-, psycho- und soziotherapeutischen Interventionen abgesprochen und dokumentiert, auf einzelne Teammitglieder delegiert und auf ihre Wirksamkeit kontinuierlich überprüft. Somit können notwendige Veränderungen im Therapieverlauf rasch und für jeden transparent durchgeführt werden. Möglichkeiten der Unterstützung und Entlastung der Teammitglieder gegenseitig und von Dritten werden einbezogen. Meist ist es sinnvoll festzulegen, wer im Notfall zuständig und rasch erreichbar ist. Die Fallkonferenz hat neben supervisorischen Aspekten den Fokus auf den Problembereich Suizidalität.

Eine umfassende patientenbezogene Dokumentation bei Mehrfach- und Dauernutzern ist ein wichtiger Bestandteil der Strukturqualität und ist als Arbeitsmittel unabdingbar. Krisen müssen so nicht ständig neu geklärt werden, und ein anderer Behandler des Teams kann im Notfall bei Abwesenheit des Bezugstherapeuten zureichend informiert die Behandlung übernehmen.

Ziele von Fallkonferenz und Dokumentation (Fiedler et al. 2007)

- ─ Minimierung der Gefahr fehlerhafter therapeutischer Entscheidungen
- ─ Kontinuierliche Überprüfung und Absicherung therapeutischer Entscheidungen
- ─ Entwicklung möglicher psychiatrisch/psychotherapeutischer Alternativen für die jeweilige Behandlung
- ─ Koordination von psychotherapeutischer, pharmakologischer und soziotherapeutischer Behandlung sowie weiterer Interventionen und Aktivitäten
- ─ Adäquater Umgang mit Gegenübertragungsaffekten (einzelner Mitarbeiter sowie Gruppen- und Institutionseffekt)
- ─ Ausreichende Bewertung der sozialen Situation und der Bezugspersonen des Patienten
- ─ Unterstützung und Entlastung der Therapeuten und Pflegekräfte in konflikthafter Behandlung
- ─ Kontinuierliche Überprüfung der Indikation der Behandlung
- ─ Förderung des Blicks auf die Lebensqualität von Patienten
- ─ Einleitung des Abschlusses einer Behandlung unter Einbeziehung der realen Gegebenheiten (Wohnung, soziale Lage und privates, soziales und professionelles Netzwerk)
- ─ Information aller Therapeuten über die in Behandlung befindlichen Patienten, damit im akuten Notfall bei Abwesenheit des Hauptbehandlers eine Vertretung möglich ist
- ─ Feststellung der Absprachefähigkeit und der Vereinbarung über Beurlaubung (Erprobung in gewohnter Umgebung), deren Zeitumfang und möglicher Unterstützung durch Angehörige
- ─ Vorstellung und Besprechung von »Verträgen« (schriftliche festgelegte Absprachen mit dem Patienten)
- ─ im Konfliktfall der Nachweis einer verantwortungsvollen Behandlung des Patienten
- ─ konzeptionelle Weiterentwicklung der Behandlung und des institutionellen Rahmens.

Nach einem Suizid oder einem schweren Suizidversuch ist es notwendig, sich mit der Gesamtsituation auseinanderzusetzen. In einer »**Suizidkonferenz**« kommen alle beteiligten Teammitglieder zusammen, besprechen »am Fall« das Geschehen. Die Suizidkonferenz dient der Entlastung der Mitarbeiter und der Wiedergewinnung der Arbeitsfähigkeit des Teams. Überlegungen zur Fehlersuche, zur Prävention und zu juristischen Folgen gehören in institutionsinterne **Qualitätssicherungszirkel**.

11.5 Checkliste und Leitlinie

Checklisten und strukturierte Fragebogen zur Diagnostik können hilfreich sein, insbesondere für weniger erfahrene Mitarbeiter. Sie haben sich aber im therapeutischen Alltag nicht sehr bewährt. Zu viele suizidale Personen werden durch ein systematisches Vorgehen ohne persönlichen Kontakt nicht erfasst. So bleibt immer noch das direkte, Verständnis suchende und ruhige Gespräch der beste Rahmen, um Suizidalität zu diagnostizieren. Trotzdem kann zur allgemeinen Erinnerung an die Möglichkeit der Suizidalität die Erarbeitung einer **Checkliste** für die Schulung und Koordination des Teams sinnvoll sein. Sie fördert die Motivation und Kreativität der Mitarbeiter, verringert mögliche Irritationen und Nichtbeachtung von Faktoren und macht den Behandlungsvorgang für alle Teammitglieder transparent.

Zur systematisierten pflegerischen Einschätzung der Suizidalität hat sich z. B. die **Nurses Global Assessment of Suicide Risk-Skala** (NGASR) in der Praxis bewährt; sie ist gut handhabbar ist und wurde für den Gebrauch in Deutschland übersetzt (Kozel et al. 2007). Sie fördert zudem die Sensibilisierung der Mitarbeiter und fördert die Identifizierung von unklaren oder nicht erkannten Suizidneigungen auf gemischten Stationen.

In den **Leitlinien zur Organisation von Krisenintervention** der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention e. V. (► <http://www.suizidprophylaxe.de/Ausfuhrliche%20Leitlinien.htm>) lassen sich die für eine Teamkoordination wichtigen Bereiche systematisiert finden. Sie behandeln 7 Themenkreise:

- Selbstverständnis/theoretische Basis,
- Verwaltungs- und Organisationsstruktur,
- Qualifizierung der Mitarbeitenden,
- Hilfsangebote,
- Kooperation und Vernetzung,
- Ethik,
- Evaluation und Weiterentwicklung.

Natürlich müssen Checklisten und Leitlinien für den einzelnen Patienten spezifiziert werden und können nur eine Stütze für die tägliche Arbeit sein. Eine zu enge Auslegung würde den Möglichkeiten und Ressourcen, aber auch der Störung eines Patienten nicht gerecht werden. Manche Chance kann durch eine zu starre Umgangsweise mit den Vorgaben nicht ergriffen werden. Der Ort zur kritischen Überprüfung der Vorgaben und deren Spezifizierung für den einzelnen alten Menschen ist die **Falkkonferenz**.

Literatur

- Erlemeier N (2011) Suizidalität und Suizidprävention im höheren Lebensalter. Kohlhammer, Stuttgart
- Fiedler G, Altenhöfer B, Gans H et al (2007). Suizidalität und Psychotherapie. Das Hamburger Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete (TZS). Suizidprophylaxe 34(3):113–123
- Götze P (2007) Übertragungs-Gegenübertragungs-Widerstand in der Diagnostik und Behandlung suizidaler Patienten. Suizidprophylaxe 34(3):123–134
- Hirsch RD (1997) Übertragung und Gegenübertragung in der Psychotherapie alter Menschen. In: Wenglein E (Hrsg) Das dritte Lebensalter. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S 68–94
- Kozel B, Grieser M, Rieder P et al (2007) Nurses Global Assessment of Suicide Risk-Skala (NGASR): Die Interrater-Reliabilität eines Instruments zur systematisierten pflegerischen Einschätzung der Suizidalität. ZPpG 1(1):17–26
- Leitlinien zur Organisation von Krisenintervention der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention e. V.
 ► <http://www.suizidprophylaxe.de/Ausfuhrliche%20Leitlinien.htm>. Zugriffen: 22.4.2014 (Erstveröff. 1993)
- Lindner R, Fiedler G, Altenhöfer A et al (2006) Psychodynamical ideal types of elderly suicidal persons based on counter transference. J Soc Work Pract 20:347–385
- Maltsberger JT, Buie DH (1974) Countertransference hate in the treatment of suicidal patients. Arch Gen Psychiatry 30:625–633
- Milch W (2005) Suizide von Krankenhauspersonal. In: Wolfslast G, Schmidt W (Hrsg) Suizid und Suizidversuch. Beck, München, S 93–105
- Radebold H, Hirsch RD (2003) Tiefenpsychologische/psychoanalytische Behandlungsverfahren, 2. Aufl. In: Förstl H (Hrsg) Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie. Thieme, Stuttgart, S 179–187
- Reimer C (2005) Zur Problematik der Helfer-Suizidant-Beziehung. In: Wolfslast G, Schmidt W (Hrsg) Suizid und Suizidversuch. Beck, München, S 107–120
- Schneider B, Sperling U, Wedler H (2011) Suizidprävention im Alter. Folien und Erläuterungen zur Aus-, Fort und Weiterbildung. Mabuse, Frankfurt/M
- Sperling E (1972) Das therapeutische Gespräch mit Suizidalen. Nervenarzt 43:409–411

Religiöse, ethische, rechtliche und gesellschafts- politische Aspekte

- | | |
|------------|--|
| Kapitel 12 | Ethische Aspekte der Suizidprävention – 133
<i>Hans Wedler, Martin Teising, Daniela Hery</i> |
| Kapitel 13 | Juristische Aspekte – 145
<i>Daniela Hery, Hans Wedler</i> |
| Kapitel 14 | Religiosität und Spiritualität als
Einflussfaktor – 159
<i>Uwe Sperling</i> |
| Kapitel 15 | Gesellschaftspolitische Aspekte der
Suizidprävention im Alter – 171
<i>Norbert Erlemeier, Martin Teising, Reinhard Lindner</i> |

Ethische Aspekte der Suizidprävention

Hans Wedler, Martin Teising, Daniela Hery

12.1 Ethische Wertung des Suizids – 134

12.1.1 Ethische Argumente pro Suizid – 134

12.1.2 Ethische Argumente kontra Suizid – 135

12.1.3 Abwägung der Argumente – 136

12.2 Ethische Grundlagen der Suizidprävention – 136

12.2.1 Konkurrierende ethische Grundprinzipien – 137

12.2.2 Schwacher Paternalismus – 138

12.2.3 Selbstbestimmungsfähigkeit – 138

12.2.4 Schlussfolgerung – 139

12.3 Suizidalität und Suizidprävention am Lebensende – 140

12.3.1 Patientenwünsche am Lebensende – 140

12.3.2 Derzeitige Praxis der Suizidbeihilfe – 141

12.3.3 Schlussfolgerungen – 142

Literatur – 142

Die Frage nach der moralischen Berechtigung der Suizidprävention setzt eine Klärung der ethischen Bewertung des Suizids voraus. Wird, wie im europäischen Mittelalter oder auch heute noch in einigen vom Islam geprägten Staaten, Suizid als Todsünde angesehen und geahndet, ist jeder Form der Suizidprävention, wie sie heute hierzulande verstanden wird, von vornherein der Boden entzogen. Umgekehrt verliert sie ihren moralischen Rückhalt, wenn die Selbsttötung – wie in der römischen Antike oder beispielsweise in noch gar nicht weit zurück liegender Zeit in Indien, in Japan oder in europäischen Offizierskreisen – zumindest in besonderen Lebenssituationen als allgemein anerkanntes gesellschaftliches Verhalten betrachtet und sogar eingefordert wird.

12.1 **Ethische Wertung des Suizids**

Die moralische Wertung von Suizidalität unterlag im Laufe der vergangenen zweieinhalb Jahrtausende zwar großen Schwankungen, die Argumente sowohl der Befürworter wie der Ablehner blieben jedoch auffallend gleich. Argumentationsgrundlagen sind dabei einerseits das natürliche (bzw. gottgegebene) Selbsterhaltungsprinzip, andererseits die freie Selbstbestimmung des Menschen.

Ethische Argumente pro und contra Suizid

■ **Pro moralische Erlaubtheit des Suizids**

1. Freie Selbstbestimmung
2. Menschliche Würde
3. Glücksstreben
4. Gelassenheit gegenüber dem Tod

■ **Kontra moralische Erlaubtheit des Suizids**

1. Unnatürlich, widerspricht dem Selbsterhaltungsprinzip
2. Leben steht in der Verfügung Gottes
3. Christliches Tötungsverbot
4. Sozialethische Verpflichtung

12.1.1 **Ethische Argumente pro Suizid**

■ **1. Freie Selbstbestimmung**

Die freie Selbstbestimmung ist für viele Philosophen die Grundbedingung menschlichen Lebens. Sie schließt das Recht auf eine Entscheidung zum Suizid unbedingt mit ein. So bereits die Überzeugung der Epikureer und der Stoa, der auch heutzutage viele Philosophen folgen. Der Philosoph Wilhelm Kamlah (1976) beschrieb diese Freiheit dahingehend, dass »der übermäßig Leidende der Blindheit einer Natur« entgegentrete, »die sich nicht darum kümmert und nicht darum kümmern kann, ob ein Mensch noch ein lebenswertes Leben führt oder nur noch am Leben ist«.

Allerdings ist die Diskussion, ob es einen **freien Willen** des Menschen überhaupt gibt, wie weit dieser reicht und in welchem Umfang der Mensch in seinen Handlungen diesem folgen kann, bis heute nicht abgeschlossen. In der gegenwärtigen Auseinandersetzung erscheint die Auffassung vernünftig, dass der Wille ohnehin stets nur bedingt frei ist, nämlich »mit dem eigenen Leib, der eigenen Lebensgeschichte, dem eigenen Erleben, den eigenen Intentionen

und Lebensentwürfen« verbunden (Küchenhoff 2007). In diesem Rahmen könne dem Menschen die Fähigkeit zur Selbstbestimmung nicht von vornherein abgesprochen werden.

■ 2. Menschlichen Würde

Ein weiteres Argument ist das der menschlichen Würde, die mitunter – gerade in Krankheit und Alter – nur durch ein selbst bestimmtes Abtreten gewahrt werden könne. Andererseits wird heute seitens der Befürworter ärztlicher Suizidassistenz der einsame, in Heimlichkeit vollzogene Suizid als unwürdige Form des Sterbens betrachtet.

■ 3. Glücksstreben

Eng verbunden mit dem vorstehenden ist das Argument des als Grundrecht eingeklagten Glücksstrebens des Menschen. Wenn der Mensch dieses Glück im Leben nicht mehr finden könne, sei er zum Suizid moralisch berechtigt. Schon Thomas Morus hatte bei starkem Leiden den Suizid durch Nahrungsverzicht und starke Schmerzmedikamente in die Debatte gebracht. »Der Lebensschutz stößt dann an seine Grenzen, wenn er nur noch dazu dient, Sterben zu verhindern und Leiden zu verlängern« (Ankermann 2004).

Allerdings empfahl bereits Montaigne, der als Erster das christliche Suizidverbot offen infrage stellte, das Leiden gegebenenfalls bis zur Grenze zu ertragen. In der Sterbehilfedebatte unserer Zeit richtet sich die Kritik gegen die utilitaristische Lebenseinstellung, die zur Entsolidarisierung innerhalb der Gesellschaft führen könne und den Lebensschutz relativiere.

■ 4. Gelassenheit gegenüber dem Tod

Ein weiteres Argument ist in letzter Zeit auffällig in den Hintergrund getreten: Die generelle Gelassenheit gegenüber dem Tod. Der Tod ist das Einzige, was allen Menschen gewiss ist. Er ist das natürliche Ende des Daseins und keineswegs die Katastrophe, als die er in den heute gängigen hektischen Bemühungen um Gesundheitserhaltung und Vorsorgemedizin bisweilen erscheint. Eine Gelassenheit dem Tod gegenüber kennzeichnet bereits die Haltung von Sokrates, der seinem Suizid in großer Ruhe entgegen sah. Nach David Hume ist das menschliche Leben nicht bedeutsamer als das einer Auster. Ohne gesellschaftliche Restriktionen solle sich der selbstverantwortliche Mensch, geleitet von Vernunft und gesundem Menschenverstand, für den Suizid entscheiden können, wenn das Dasein zu einer Last werde.

12.1.2 Ethische Argumente kontra Suizid

■ 1. Selbsterhaltungstrieb

Der Suizid sei widernatürlich, er widerspreche dem Selbsterhaltungstrieb des Menschen. So befand bereits Thomas von Aquin im Mittelalter. »Nach der Regel der Klugheit wäre es oft das beste Mittel, sich selbst aus dem Wege zu räumen, aber nach der Regel der Sittlichkeit ist es unter keiner Bedingung erlaubt, weil es die Destruktion der Menschheit ist« (Immanuel Kant, zit. nach Bormuth 2008, S. 42).

■ 2. Existenz einer höheren Macht

Der Mensch stehe ausschließlich in der Verfügung dessen, der ihn geschaffen hat, also Gottes bzw. einer höheren Macht. Nach Platon hat der Mensch die Verpflichtung, auf seinem Wachtposten auszuharren, bis er abgerufen werde – ein Argument, das Thomas von Aquin von Platon direkt übernommen hatte.

■ 3. Tötungsverbot

Das biblische Tötungsverbot, ausgesprochen im 5. Gebot, gelte auch für die eigene Person. Es steht im Zentrum des christlichen Suizidverbots seit Augustin. Allerdings wies bereits David Hume darauf hin, dass man das Tötungsverbot im Dekalog nicht auf den Suizid anwenden könne, da sich dieses ausschließlich auf die Tötung Anderer beziehe, über deren Leben man nicht bestimmen könne.

■ 4. Soziale Verpflichtung

Der Mensch habe eine soziale Pflicht gegenüber der menschlichen Gemeinschaft. Diese wird – nach Aristoteles – durch den Suizid verletzt. Er sei eine Ungerechtigkeit gegenüber den anderen und deshalb strafwürdig. So begründete auch Thomas von Aquin eine wesentliche Verschärfung des Suizidverbots im Mittelalter mit bis heute nachwirkenden, teilweise desaströsen Folgen. (Bis ans Ende des 19. Jahrhunderts wurden Menschen nach überlebten Suizidhandlungen wie Mörder hingerichtet.)

Als Ausnahmen von der Regel ließ bereits Platon übergroße Schmerzen oder eine unerträgliche Entwürdigung als anzuerkennende Suizidgründe gelten, Augustinus (1951) nur einen göttlichen Befehl:

- » Wer also hört, es sei nicht erlaubt, sich zu töten, der tue es nur dann, wenn es der befiehlt, dessen Befehle nicht missachtet werden dürfen; nur sehe er zu, ob der göttliche Befehl nicht irgendwie ungewiss ist.

Der Suizid wird damit nach Augustin ausdrücklich zu einer Gewissensentscheidung.

12.1.3 Abwägung der Argumente

In der Abwägung ergibt sich kein Argument, das eindeutig und unwidersprochen eine allgemeingültige ethische Wertung pro oder kontra den Suizid erlaubte. Nach Kettner u. Gerisch (2004) gibt es »keine überzeugenden Gründe nichtreligiöser Art mehr, die Selbsttötung prinzipiell zu ächten«. Solange ein Suizid keine erheblichen Auswirkungen auf andere hat, muss er als **moralisch indifferent** gelten.

Allerdings ist Suizid immer auch eine Beziehungstat. Die Folgen eines Suizids für die Hinterbliebenen sind oft geradezu desolat. Das von Aristoteles und Thomas von Aquin einstmals vorgebrachte Argument der **gesellschaftlichen Verantwortung** gewinnt hier eine ganz aktuelle Berechtigung und erscheint uns heute als das überzeugendste aller moralischen Argumente wider den Suizid.

Letztlich beruht die ethische Wertung des Suizids jedoch immer – wie der amerikanische Philosoph Tristram Engelhardt (zit. nach Bormuth 2008, S. 57) hervorhebt – auf individuellen Überzeugungen. Diese wiederum sind von individuellen, oft unbewussten Persönlichkeitsprägungen, persönlichen Erfahrungen und religiösen Einstellungen geleitet.

12.2 Ethische Grundlagen der Suizidprävention

Auf die Frage nach der **moralischen Berechtigung** der Suizidprävention gibt es prinzipiell 3 alternative Antworten:

- Suizidprävention ist in aller Regel geboten und damit eine allgemeine Verpflichtung.
- Suizidprävention ist erlaubt. Sie ist damit dem jeweiligen persönlichen Engagement anheimgestellt.
- Suizidprävention ist – zumindest in bestimmten Fällen – als unangebracht zu betrachten. Sie ist eine Anmaßung gegenüber der autonomen Entscheidung des Individuums und damit vom ethischen Standpunkt aus sogar verboten.

Die Frage nach der **ethischen Berechtigung** der Suizidprävention hat in den vergangenen Dekaden durch 2 tiefgreifende, miteinander verbundene gesellschaftliche Entwicklungen eine neue Brisanz gewonnen:

- einerseits die zunehmende Betonung der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung des freien Bürgers gegenüber den von der Gesellschaft an den Einzelnen gestellten Ansprüchen,
- andererseits die Forderung nach einem selbstbestimmten Sterben im Zeitalter zunehmender medizintechnischer Manipulierbarkeit der Lebenslänge.

Beide Entwicklungen zwingen die organisierte Suizidprävention zur Überprüfung und Rechtfertigung ihrer ethischen Grundlagen.

12.2.1 Konkurrierende ethische Grundprinzipien

Suizidprävention ist eine Maßnahme, die sich primär immer gegen die momentane Intention des Betroffenen richtet, sein Leben beenden zu wollen – so ambivalent diese Intention auch sein mag. Sie bedarf daher der Legitimation, die v. a. mit der **Fürsorgeverpflichtung** jedes Mitmenschen, insbesondere aber jener der Angehörigen sozialer Berufe begründet wird.

Als hochrangige ethische Grundprinzipien unserer Gesellschaft gelten einerseits der **Lebensschutz**, andererseits die **freie Selbstbestimmung**. Im Falle einer freien Entscheidung zum Suizid geraten diese Grundprinzipien, die auch in unserer Verfassung als Grundrechte verankert sind, in Konflikt. Ohnehin haben sie verständliche Einschränkungen. Das Recht auf Selbstbestimmung findet dort seine Grenze, wo es etwa die Rechte anderer berührt, andere vielleicht sogar schädigt, oder auch dann, wenn aufgrund von Krankheit oder fortschreitender Demenz von einer freien Selbstbestimmung nicht mehr ausgegangen werden kann. Das Recht auf Lebensschutz, das ja immer auch die Fürsorgeverpflichtung der Gesellschaft beinhaltet, stößt da an eine Grenze, wo dem Betroffenen das Weiterleben subjektiv dauerhaft nicht mehr erstrebenswert erscheint und eine Änderung dieser Situation vernünftigerweise nicht erwartet werden kann.

In der Abwägung dieser beiden Grundprinzipien gibt es keine einheitliche ethische Position, sondern ein ganzes Spektrum divergierender Meinungen.

- **Neben fundamentalistisch anmutenden Extrempositionen, die uneingeschränkt entweder die Lebensbewahrung oder die Autonomie des Menschen zum obersten Prinzip erklären, überwiegt v. a. für religiös orientierte Kreise das Prinzip der Lebenserhaltung, während die meisten philosophischen Stimmen dazu tendieren, der Selbstbestimmung einen höheren Rang zuzusprechen.**

Die ethische Grundlage der Suizidprävention scheint demnach – ähnlich wie die moralische Wertung des Suizids – persönlichen Überzeugungen zu unterliegen.

12.2.2 Schwacher Paternalismus

Wegen der in nahezu jeder suizidalen Intention beobachtbaren Ambivalenz sind sich die Ethiker heute weitgehend darin einig, trotz der neutralen ethischen Wertung des Suizids dem Suizidgefährdeten mit einem sog. schwachen Paternalismus zu begegnen. Dazu Birnbacher (1982):

- » Jemanden, der Suizid begehen möchte, sollten wir immer dann mit allen Mitteln von seinem Vorhaben abhalten, wenn dieser bei sachlich zutreffender Situationswahrnehmung und auf der Grundlage seiner eigenen langfristigen Präferenzen seinen Suizid als unbedacht und unvernünftig beurteilen würde. Das Gleiche gilt für jemanden, der einen Suizidversuch begangen hat und den wir mit allen Mitteln dem Leben wiederzugeben versuchen sollten, wenn abzusehen ist, dass er zu einem späteren Zeitpunkt froh darüber sein würde, dass seine Tat oder die Folgen seiner Tat, die seinem Leben unwiderruflich ein Ende gesetzt hätten, vereitelt worden ist.

Schwacher Paternalismus

- Handeln des Helfers orientiert sich am hypothetischen Wollen des Suizidgefährdeten
- Im Akutfall zunächst sofortiges Eingreifen, notfalls auch mit Zwangsmaßnahmen
- Förderung einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung
- Zeitliche Begrenzung der Zwangsmaßnahmen
- Objektive Vernünftigkeit des Suizidwunsches nicht maßgebend

Im praktischen Alltag bedeutet das ethische Prinzip des schwachen Paternalismus, dass jeder Mensch, der aufgrund einer krankhaften Geistesstörung oder einer unzureichenden Information oder auch nur wegen einer vorübergehenden Befangenheit seine reale Situation verkennt, unter allen Umständen – auch gegen seinen Willen – vor dem Suizid gerettet werden muss, nicht aber dann, wenn der Suizidwunsch bei klarer geistiger Verfassung wohl erwogen ist. In einem wohl erwogenen und subjektiv rationalen Suizid mit Zwangsmitteln einzugreifen, selbst wenn er objektiv irrational erscheine, sei dagegen eine zwar verständliche, aber kaum zu rechtfertigende Anmaßung (Birnbacher 1993). Der Soziologe Max Weber (zit. nach Bormuth 2008, S. 366) nannte dies eine Barbarei.

12.2.3 Selbstbestimmungsfähigkeit

Die Frage, ob es einen aus freiem Willen getroffenen Suizidentschluss überhaupt gibt, ist nach wie vor umstritten. Allerdings hängt die bislang offene Frage, ob in einer **Patientenverfügung** vorsorglich und bindend die Rettung nach einer Suizidhandlung untersagt werden kann, wesentlich von der Beurteilung der freien Willensbildung ab.

Die Suizidforschung hat inzwischen zahlreiche Beweise vorgelegt, dass zumindest in 80–90% der Suizidfälle, wenn nicht bei allen, eine **psychische Störung** nachweisbar sei. Von einem wohl erwogenen Entschluss könne man deshalb so gut wie niemals ausgehen. Bei einem großen Teil dieser Fälle unterliegt das überhaupt keinem Zweifel, etwa bei schweren Psychosen.

Allerdings ist gleichfalls bekannt, dass insbesondere die unter chronischer Psychose Leidenden meist nicht im Zustand wahnhafter Verknennung in den Suizid hineintreiben, sondern eher zwischen den Krankheitsphasen die **suizidale Konsequenz** ziehen, wenn sie sich ihres Zustands und damit ihrer begrenzten Lebensmöglichkeiten bewusst werden. Das gilt auch für Menschen in höherem Alter, die keine Perspektive im Weiterleben zu erkennen vermögen, weil sie sich mit dem Nachlassen der körperlichen und der geistigen Kräfte ihnen im Leben wichtiger Dinge beraubt sehen. Dass alle diese Menschen in der suicidalen Erwägung nicht heiter erscheinen, sondern durchaus depressive Symptome zeigen, kann nicht verwundern. Die Frage ist nur, ob diese Symptome ursächlich und krankhaft, damit einer ärztlich-psychologischen Therapie zugänglich sind.

- **Auch nach vorherrschender fachpsychiatrischer Überzeugung schließt eine nachweisbare psychiatrische Störung eine freie Selbstbestimmungsfähigkeit keineswegs per se aus.**

Die bei vielen suicidalen Menschen beobachtbare **Ambivalenz** sei allein kein Grund, einen Suizidwilligen mit Zwang von seinem Vorhaben abzuhalten, da die Ungewissheit eine Entscheidung keineswegs irrational mache: »Wir handeln täglich unter diesen Bedingungen« (Schramme 2007). Aus moralphilosophischer Sicht verbieten allein schon die zahlreichen Berichte suicidalen oder am Suizid verstorbener Geistesgrößen »eine einfache Zweiteilung der Welt in psychisch gesunde rationale Akteure und psychisch kranke Menschen, deren Handlungen bloß Ausdruck ihrer Erkrankung sind« (Stoecker 2006). Die Erfahrung allerdings, dass sehr viele Suizidenten einen friedlichen, schmerzlosen Daseinszustand mit ihrem Suizid verbinden und sich diesen wünschen, provoziert den nicht unberechtigten Einwand, dass ein solcher Daseinszustand im Tod nicht erlebbar ist, sondern Leben voraussetzt.

- **Jede Suizidhandlung lässt Menschen des sozialen Umfelds, insbesondere die nächsten Angehörigen, nicht unberührt. Sie sind mittelbar oder unmittelbar Betroffene, in denen die Suizidhandlung Gefühle von Schuld und Versagen, aber auch aggressive Reaktionen auslöst.**

Ein moralisches Abwägen über die Berechtigung von Suizidprävention bzw. Rettungsmaßnahmen im konkreten Fall, wäre deshalb eine unzumutbare Überforderung. Personen des sozialen Umfelds sind gut beraten, **Fremdhilfe** einzuschalten und alle weiteren Entscheidungen dieser zu überlassen.

12.2.4 Schlussfolgerung

Zusammengefasst ist Suizidprävention aus ethischer Perspektive weder eine Anmaßung noch eine um jeden Preis geltende Verpflichtung, sondern sie ist ein Angebot, das bei der in der Suizidalität stets vorhandenen Ambivalenz der Akzeptanz seitens einer individuell geprägten Persönlichkeit bedarf. Bei Einschränkung oder Aufhebung der (stets individuell zu prüfenden) Selbstbestimmungsfähigkeit ist präventives Eingreifen im Sinne eines schwachen Paternalismus geboten.

12.3 Suizidalität und Suizidprävention am Lebensende

Eine der schwierigsten Fragen überhaupt, die an die medizinische Ethik gestellt werden, betrifft den Umgang mit Suizidalität und – allgemein – dem **Sterbewunsch am Lebensende**.

Zwei Entwicklungen haben das Interesse am Einfluss medizinischer Entscheidungen und Maßnahmen auf Zeitpunkt und Art des Sterbeprozesses wachsen lassen: Zum einen die zunehmende Bedeutung chronischer Krankheiten als Todesursache, zum anderen die Forderung nach einer weniger paternalistischen und stärker patientenzentrierten Versorgung. Immer häufiger folgt der Tod nicht einem natürlichen Verlauf, sondern unterliegt medizinischen Entscheidungsprozessen, sei es der Einsatz von therapeutischen Maßnahmen zur Lebensverlängerung, sei es die Behandlung mit Medikamenten zur Leidenslinderung mit dem möglichen Nebeneffekt einer Lebensverkürzung. Schwierig wird die Situation immer dann, wenn der dem Sterben nahe Patient angesichts nicht hinreichend kontrollierbarer Leidenssymptome in aussichtsloser Situation den Arzt um Hilfe zur Lebensbeendigung bittet.

➤ **Trotz der besonderen Situation von Menschen nahe dem Lebensende und der in zahlreichen Befragungen belegten deutlich höheren Akzeptanz des Alterssuizids innerhalb der Bevölkerung gibt es keinen moralischen Grund, Suizidprävention nicht ebenso wie in allen anderen Lebensabschnitten bereitzuhalten und den betroffenen Personen anzubieten.**

Da Entwicklungsperspektiven und Handlungsalternativen fast regelmäßig fehlen, geht es in der Krisenintervention dann allerdings – anders als in jüngeren Lebensabschnitten – weniger um Entscheidungen und Neuanfänge als darum, sich mit einer nicht mehr änderbaren Situation abzufinden und auszusöhnen. Die begrenzte Lebenserwartung gibt dann auch keinerlei Raum für Zwangsmaßnahmen, für eine Suizidprävention um jeden Preis, da die damit verbundene Erwartung einer Neuausrichtung im Leben des Suizidgefährdeten kaum noch erreicht werden kann. Stattdessen ist es eine ethische Verpflichtung, den Bedürfnissen der Betroffenen zu entsprechen und ihre Wünsche wahrzunehmen.

12.3.1 Patientenwünsche am Lebensende

Sehr viel mehr noch als in der Lebensmitte findet sich bei alten Menschen nahe dem Lebensende oft eine Ambivalenz des Lebenswillens, insbesondere bei fortschreitender, mit Leiden verbundener Erkrankung, bei zunehmender Behinderung, damit einhergehend wachsender Einengung und sozialer Isolierung. Das Leben nähert sich ohnehin einem Ende: »Was soll es noch, dieses Ende abzuwarten.« Solches wird zwar öfter gedacht als gesagt und zudem oft rasch wieder relativiert. Dennoch hat diese suizidale Intention nahe dem Lebensende ein anderes Gewicht als bei Lebenskrisen körperlich Gesunder und ist weniger ein Hilferuf als eine Anklage (die schwedische Historikerin Birgitta Odén in einem Vortrag beim »6th European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour« in Lund/Schweden 1996).

Die meisten Menschen am Lebensende wünschen sich eine Minderung ihrer Leiden, die Erleichterung des Sterbens und menschliche Begleitung. In der konkreten Situation wünschen sie eine Beschränkung der Therapie auf palliative Versorgung und ggf. den Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen, nur in seltenen Fällen unerträglichen Leidens ärztliche Sterbehilfe.

Patientenwünsche am Lebensende**■ Grundsätzlich**

- Leidensminderung
- Begleitung
- Erleichterung des Sterbens

■ In der konkreten Situation

- Beschränkung auf Palliativmaßnahmen
- ggf. Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen
- ggf. bei unerträglichem Leiden ärztliche Hilfe zum Suizid im vertrauten Umfeld (sehr selten)
- ggf. bei nicht mehr selbst durchführbarem Suizid ärztliche Hilfe zur Lebensbeendigung (extrem selten)

Unter den Maßnahmen, die das Sterben erleichtern sollen, hat die **Beihilfe zum Suizid** einen besonderen Stellenwert gewonnen. Zumindest vordergründig ermöglicht sie dem leidenden Patienten, sein Selbstbestimmungsrecht wahrzunehmen, ohne den betreuenden Arzt in einen moralischen Konflikt zwischen sinnloser Sterbeverlängerung und unerlaubter Patiententötung zu bringen. Ziel ist in erster Linie eine vom Patienten gewünschte Beschleunigung und rasche Beendigung des Sterbevorgangs bei Menschen, die sich ohnehin aufgrund fortgeschrittener, irreparabler Erkrankung in unmittelbarer Nähe des Lebensendes befinden, um deren Leiden, soweit diese mit anderen Maßnahmen nicht hinreichend gelindert werden können, zu verkürzen. In entscheidender Abgrenzung zur **aktiven Sterbehilfe** bleibt die Tatherrschaft beim Betroffenen, während der Arzt lediglich das tödliche Mittel verschreibt oder zur Verfügung stellt.

12.3.2 Derzeitige Praxis der Suizidbeihilfe

Trotz anhaltender internationaler Diskussion über die moralische Berechtigung einer **Suizidbeihilfe** wurde diese in den vergangenen Jahren in mehreren Ländern gesetzlich ermöglicht: in den Niederlanden, Belgien, Luxemburg, den USA-Staaten Oregon, Washington, Montana, New Mexico und Vermont. In den Benelux-Staaten ist auch die **aktive Sterbehilfe** gesetzlich geregelt. Die ärztliche Beihilfe zum Suizid ist in der belgischen Gesetzgebung allerdings gar nicht ausdrücklich erwähnt. Auch in Kolumbien und China wird aktive Sterbehilfe bei Schwerstkranken in begrenztem Rahmen toleriert, in Spanien zumindest nicht bestraft. In der Schweiz wird die Suizidbeihilfe durch Laienorganisationen toleriert, soweit sie nicht aus eigen-nütziger Motivation erfolgt.

Die ethische Diskussion bewegt sich ähnlich wie beim Suizid auch bei der Beihilfe zum Suizid um die Kernfragen **Selbstbestimmungsrecht** versus **Fürsorgepflicht**. Vor allem aber wird von den Gegnern die Gefahr des Missbrauchs und der schleichenden Ausweitung (Dammbruch-Hypothese) gesehen. Wissenschaftliche Begleitungen, durchgeführt bereits über viele Jahre v. a. in den Niederlanden und in Oregon, haben bisher keine auf Missbrauch hindeutende Ausweitung der Praxis erkennen lassen, wohl aber (in den Niederlanden) die Tendenz, die Indikation zur Sterbehilfe auszuweiten.

In Deutschland wurde auf dem Deutschen Juristentag 2006 unter Beibehaltung des Verbots aktiver Sterbehilfe die Aufhebung der Rettungspflicht und des Garantenstatus bei freiverant-

wortlichem Suizid gefordert. Seit der 2009 eingeführten gesetzlichen Regelung einer Patientenverfügung durch den Deutschen Bundestag steht es jedem Bürger frei, über Durchführung oder Abbruch einer ärztlichen Behandlung für den Fall verlorener Selbstbestimmungsfähigkeit im Voraus zu entscheiden. Ob das auch für Rettungsmaßnahmen nach Suizidhandlungen Gültigkeit hat, ist bisher nicht entschieden.

Als Alternative zur aktiven Lebensbeendigung durch Suizid oder durch Sterbehilfe bei schwerstleidenden Menschen am Lebendende bietet sich inzwischen die **palliative Sedierung** an. Der aus ethischer Sicht damit verbundene Nachteil, dass der Patient bei der palliativen Sedierung sich dem Arzt und seinen Entscheidungen ausliefern muss und weniger autonom über Form und Zeitpunkt seiner Lebensbeendigung entscheiden kann als beim ärztlich assistierten Suizid, dürfte durch eine verbindliche und transparent gehandhabte Regelung in der Patientenverfügung relativiert werden.

12.3.3 Schlussfolgerungen

- Ethische Kontroversen lassen sich niemals allein auf juristischem Wege lösen.
- Suizidprävention ist eine Aufgabe der Allgemeinheit. Sie sollte stets das Recht zur individuellen Selbstbestimmung achten.
- Ein Arzt darf niemals gezwungen werden, Suizidbeihilfe leisten zu müssen.
- Eine Verbesserung der Palliativversorgung und Förderung der Hospizbewegung sind die zum Wohle alter Menschen gesundheitspolitisch vordringlichen Aufgaben. Die Praxis der palliativen Sedierung könnte sich als eine echte Alternative zur Suizidbeihilfe entwickeln und diese weitgehend erübrigen.
- Der Medizin obliegt die Aufgabe einer strengen Selbstbeschränkung in allen Maßnahmen am Lebensende. Die Indikationsstellung lebensverlängernder Maßnahmen hat sich nicht am Machbaren, am moralischen Selbstverständnis des Arztes und seinen impliziten (oft unbewussten) wissenschaftlichen und wirtschaftlichen Interessen zu orientieren, sondern stets am Patientenwillen. Lebensbewahrung sollte angesichts der Tatsache, dass alle Menschen einmal sterben, nicht als ein höheres Ideal verstanden werden als ein friedvolles Sterben.
- Der Diskurs über die moralische Berechtigung der Suizidassistenz und anderer Formen der Sterbehilfe sollte auf allen gesellschaftlichen Ebenen fortgeführt werden. Eine Unkenntnis der diesbezüglichen ethischen Grundsätze, Begrifflichkeiten und bestehenden Gesetze bei Ärzten und anderen mit solchen Fragen befassten Personen ist aus ethischer Sicht nicht zu verantworten.

Literatur

- Ankermann E (2004) Sterben zulassen. Reinhardt-Verlag, München
- Augustinus A (1951) Der Gottesstaat, Bd 1. Otto Müller, Salzburg
- Birnbacher D (1982) Ethische Aspekte der suizidprophylaktischen Intervention. Suizidprophylaxe 9:227–243
- Birnbacher D (1993) Suizidprävention – eine ethische Perspektive. Suizidprophylaxe 20:5–18
- Bormuth M (2008) Ambivalenz der Freiheit. Wallstein, Göttingen
- Kamlah W (1976) Meditatio mortis. Klett, Stuttgart
- Kettner M, Gerisch B (2004) Zwischen Tabu und Verstehen – Psycho-philosophische Bemerkungen zum Suizid. In: Kappert I, Gerisch B, Fiedler G (Hrsg) Ein Denken, das zum Sterben führt. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

- Küchenhoff B (2007) Suizidalität und freier Wille. In: Schlimme JE (Hrsg) Unentschiedenheit und Selbsttötung. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Schramme T (2007) Rationaler Suizid. In: Schlimme JE (Hrsg.) Unentschiedenheit und Selbsttötung. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Stoecker R (2006) Ein wirklich ernstes philosophisches Problem – Philosophische Reflektionen über den Suizid. Vorgänge 45:4–23

Juristische Aspekte

Daniela Hery, Hans Wedler

- 13.1 Akute Suizidalität – 146**
 - 13.1.1 Allgemeine Hilfsverpflichtung – 146
 - 13.1.2 Betreuung bei mangelnder Freiverantwortlichkeit – 147
- 13.2 Ärztliche Sterbebegleitung am Lebensende – 149**
- 13.3 Rechtsprechung und Rechtspolitik in Bewegung – 151**
- 13.4 Anhang: Formulare – 153**
 - Literatur – 157


13.1 Akute Suizidalität

13.1.1 Allgemeine Hilfsverpflichtung

In der Rechtsprechung wird das akute Suizidgeschehen als Notfall interpretiert. Deshalb besteht für jeden Bürger eine **Hilfsverpflichtung**, insbesondere für solche im Garantenstatus (z. B. nächste Angehörige, Betreuer, Ärzte).


Ausnahme ist ein eindeutig aus freier Verantwortung vollzogener Suizid, falls der Betroffene jede ärztliche Intervention untersagt. Im **Akutfall** ist allerdings die Beurteilung, ob eine Freiverantwortlichkeit gegeben ist, in aller Regel kaum möglich, so dass Rettungsmaßnahmen eingeleitet werden müssen. Es gilt hier der Grundsatz, dass im Zweifel für das Leben zu entscheiden ist.

Schwieriger ist die Entscheidung, wenn eine ausdrückliche **Ablehnung von Maßnahmen** vorhanden ist, auch durch Gesten. Ist es nicht möglich, den Patienten von der Notwendigkeit medizinischer Maßnahmen zu überzeugen, so ist sein entgegenstehender **freier Wille** zu respektieren. Auch der Grundsatz, dass im Zweifel für das Leben zu entscheiden ist, hilft in dem Fall, in dem sich der Patient zweifelsfrei und ohne Willensmängel äußert, nicht weiter.

Eine Möglichkeit, Zweifel über den Willen des **nicht mehr äußerungsfähigen Betroffenen** auszuräumen, ist eine vorausverfasste **Patientenverfügung**. Die im BGB in § 1901a BGB beschriebene Patientenverfügung umfasst lediglich bevorstehende Untersuchungen des Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder die Einwilligung oder Untersagung in ärztliche Eingriffe. Wichtig zu wissen ist in diesem Zusammenhang, dass beim Abfassen einer Patientenverfügung die freie Willensbildung, die gerade in einer Suizidkrise eingeschränkt sein kann, vorhanden gewesen sein muss. Bei kurz vor einer Suizidhandlung abgefassten schriftlichen Erklärungen, beispielsweise einem Abschiedsbrief, kann somit ein erheblicher Zweifel an der Wirksamkeit bestehen. Weiterhin muss gesichert sein, dass zwischenzeitlich keine Willensänderung eingetreten ist. Einen Formularvorschlag für eine Patientenverfügung zeigt  Abb. 13.2 (► Abschn. 13.4).

Liegt keine Patientenverfügung vor oder treffen die Festlegungen einer Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zu, muss bei nicht zur Willensäußerung fähigen Patienten die Zustimmung zu jeder ärztlichen Maßnahme durch eine andere Person erteilt werden.

In der Rechtsprechung und überwiegend in der juristischen Literatur ist anerkannt, dass sämtliche ärztliche Maßnahmen nur zulässig sind, wenn der Patient in die Behandlung wirksam einwilligt, nachdem er zuvor hinreichend über die Behandlungsmethode und die mit ihr verbundenen Risiken aufgeklärt worden ist.

 **Wird eine Maßnahme ohne wirksame Einwilligung vorgenommen, so handelt es sich um einen rechtswidrigen und unter Umständen sogar strafbaren Eingriff in die körperliche Unversehrtheit des Patienten. Aus diesem Grunde dürfen Rettungsmaßnahmen ohne ausdrückliche Einwilligung ausschließlich in der Akutsituation eingeleitet werden.**

Auch wenn im Akutfall sofortiges Handeln erforderlich und geboten ist, sollte bei bestehender Annahme, damit dem Patientenwillen entgegen zu handeln, gleichzeitig das Betreuungsgericht angerufen werden. Dieses hat die wichtige Aufgabe der Anhörung des Betroffenen und sollte darüber hinaus Vertrauenspersonen anhören, soweit dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist.

13.1.2 Betreuung bei mangelnder Freiverantwortlichkeit

Ist die Freiverantwortlichkeit bei der Durchführung einer Suizidhandlung auch bei nachträglicher gerichtlicher Überprüfung nicht gegeben, sind Rettungs- und Hilfsmaßnahmen auch gegen den Willen des Patienten, ggf. unter Anwendung von Zwang, geboten. Die Zustimmung zu einer ärztlichen Maßnahme kann in diesem Fall durch einen **Betreuer** oder **Bevollmächtigten** gegeben oder abgelehnt werden.

Vorrangig ist eine **Vorsorgevollmacht**. Unter einer Vorsorgevollmacht ist eine schriftliche Vollmachtsurkunde zu verstehen, aus der hervorgeht, welche Person im Fall einer Selbstbestimmungsunfähigkeit für den Patienten verbindliche Entscheidungen treffen soll und darf, wobei die einzelnen Lebensbereiche möglichst genau festgelegt werden sollen. Anhand der Vollmachtsurkunde ist zu überprüfen, ob der Bevollmächtigte autorisiert ist, die Entscheidung im konkreten Fall zu treffen, oder nicht. Auch der Bevollmächtigte muss für manche Entscheidungen, beispielsweise die Unterbringung, die Genehmigung des Gerichts erwirken.

Gibt es keine gültige Vorsorgevollmacht, bestellt das Betreuungsgericht einen Betreuer (so weit dieses nicht bereits geschehen ist). Sollte demjenigen, der die Betreuung anregt, bekannt sein, dass schriftliche Verfügungen vorliegen, so ist dem Betreuungsgericht dies mitzuteilen. In Betracht kommt insbesondere eine Betreuungsverfügung. Diese legt im Voraus fest, welche Person im Fall einer Selbstbestimmungsunfähigkeit als Betreuer gewünscht wird. ■ Abb. 13.1 zeigt eine Formularhilfe zur Anregung einer gesetzlichen Betreuung (► Abschn. 13.4).

Gibt es bereits einen gerichtlich bestellten Betreuer, so ist dieser über die geplante Maßnahme zu informieren und seine Zustimmung einzuholen. Ob der Betreuer die gewünschte Entscheidung treffen darf, kann durch Überprüfung der Bestellungsurkunde sichergestellt werden. Wichtig ist, für welche Aufgabenkreise eine Betreuung angeordnet wurde. Zu Dokumentationszwecken ist es sinnvoll, eine Kopie zu den Akten zu nehmen. Ist der dem Betreuer vom Betreuungsgericht zuerkannte Wirkungskreis begrenzt, muss dieser ggf. beim vorhandenen Betreuer erweitert werden. Hierüber kann nur das Betreuungsgericht entscheiden.

Unter bestimmten Voraussetzungen kann der Betreuer die **Unterbringung des Betreuten** in einer geschlossenen Einrichtung (z. B. in einem psychiatrischen Krankenhaus) oder in einer geschlossenen Abteilung z. B. eines Krankenhauses oder eines Altenheimes veranlassen. Aber auch der Betreuer kann nicht jede Entscheidung selbstständig treffen. Die Unterbringung ist beispielsweise nur mit gerichtlicher Genehmigung unter den in § 1906 Abs. 1 BGB genannten Voraussetzungen zulässig, nämlich

- wenn beim Betreuten die Gefahr einer erheblichen gesundheitlichen Selbstschädigung oder eines Suizids besteht oder
- wenn ohne die Unterbringung eine notwendige ärztliche Maßnahme nicht durchgeführt werden kann.

Ohne vorherige Genehmigung sind Unterbringungen durch den Betreuer ausnahmsweise zulässig, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist – die Genehmigung muss dann aber unverzüglich nachgeholt werden (§ 1906 Abs. 2 BGB). In jedem Fall wird die Unterbringung zeitlich begrenzt und kann auch vorzeitig aufgehoben werden, wenn sie nicht mehr erforderlich ist.

Die Zustimmung des Betreuers in eine **ärztliche Zwangsmaßnahme** ist gem. § 1907 BGB nur zulässig, wenn der Betreute auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer geistigen

oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann. Wenn ein Patient eine Behandlung grundsätzlich auch schon vorher abgelehnt und dies beispielsweise in einer schriftlichen Patientenverfügung zum Ausdruck gebracht hat, als er einwilligungsfähig war, kann er nicht zwangsbehandelt werden (Dodegge u. Roth 2010, BtKomm G Rn 29 f). Eine weitere Voraussetzung ist, dass vor einer Zwangsbehandlung versucht wurde, den Betreuten von der Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme zu überzeugen. Des Weiteren ist erforderlich, dass der erhebliche gesundheitliche Schaden durch keine andere dem Betreuten zumutbare Maßnahme abgewendet werden kann und der zu erwartende Nutzen der ärztlichen Zwangsmaßnahme die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegt. Darüber hinaus wurde ausdrücklich klargestellt, dass die ärztliche Zwangsmaßnahme im Rahmen der Unterbringung zu erfolgen hat, das heißt nicht im ambulanten Rahmen. Die Einwilligung in die ärztliche Zwangsmaßnahme bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts. Der Betreuer hat die Einwilligung in die ärztliche Zwangsmaßnahme zu widerrufen, wenn ihre Voraussetzungen wegfallen. Er hat den Widerruf dem Betreuungsgericht anzuzeigen.

Grundlage für eine **zwangsweise Unterbringung** kann auch das öffentliche Gefahrenabwehrrecht der Länder sein, wenn eine Person psychisch erkrankt ist und sie infolgedessen eine erhebliche Gefährdung für sich selbst oder für die öffentliche Sicherheit und Ordnung darstellt. Das zumeist in den 90er-Jahren reformierte Landesrecht regelt dabei die Unterbringung bisweilen speziell in besonderen **Unterbringungsgesetzen**. Überwiegend erfolgt die Regelung zusammen mit Hilfen für psychisch Kranke in einem Gesetz über psychisch kranke Personen oder psychische Krankheiten.

Die klinische Erfahrung zeigt, dass die weit überwiegende Zahl der Suizidenten nach Abklingen einer Krise mit der Lebensrettung einverstanden und dafür dankbar ist. Aber selbst wenn die einzelnen Maßnahmen einen Schutz darstellen, bleibt die Frage nach dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten bestehen. Fürsorgliches Verhalten birgt die Gefahr, dass es über das im Einzelfall notwendige Maß hinausgeht und damit zum Eingriff wird. Es stellt deshalb eine Grundrechtsgefährdung dar. Aus diesem Grund sollen die Maßnahmen durch einen Richter überprüft und genehmigt werden, im Notfall hat zumindest eine nachträgliche Überprüfung stattzufinden. Der Leitgedanke für solche Situationen sollte somit ein **schwacher Paternalismus** (► Kap. 12) sein.

Möglichkeiten der Unterbringung bzw. Zwangsbehandlung

— Zivilrecht

- Über den **Betreuer**
 - Einflussmöglichkeit auf die Auswahl des Betreuers über Betreuungsverfügung
 - Genehmigung der Maßnahme durch das Betreuungsgericht
- Über den **Bevollmächtigten**
 - Bevollmächtigter wird durch Vorsorgevollmacht bestimmt
 - Genehmigung der Maßnahme durch das Betreuungsgericht

— Öffentliches Recht

- PsychKG der Länder

Voraussetzungen einer Unterbringung im Rahmen einer Betreuung

- Antrag durch gerichtlich benannten Betreuer
- Im Eilfall ohne Genehmigung des Betreuungsgerichts; Genehmigung ist nachzuholen
- Die Genehmigung des Betreuungsgerichts setzt voraus
 - Erforderlichkeit der Unterbringung
 - rechtliche Bindung des Gerichts und des Betreuers an die Wünsche des Betreuten und dessen subjektiv verstandenes Wohl
 - das Prinzip der Beteiligung des Betreuten
 - Rehabilitationsgrundsatz
 - zum Wohl des Betreuten, insbesondere bei Gefahr eines erheblichen gesundheitlichen Schadens oder eines Suizids

13.2 Ärztliche Sterbebegleitung am Lebensende

In wachsendem Maße werden weltweit Möglichkeiten der **Sterbebegleitung** und **Sterbeerleichterung** am Lebensende diskutiert. Gründe dafür sind einerseits die moderne medizinische Entwicklung mit der seit einigen Jahrzehnten gegebenen Fähigkeit, direkt in den Sterbeprozess einzugreifen und auch das Leben bewusstloser Menschen über viele Jahre zu erhalten. Ein »natürliches« Sterben wird dadurch vielfach hinausgezögert oder vereitelt. Andererseits gewinnt in einer pluralistischen Gesellschaft die Überzeugung Oberhand, dass jeder Mensch in seinen Entscheidungen autonom ist – auch im Hinblick auf das eigene Sterben, soweit andere Menschen davon nicht beeinträchtigt sind.

Als das **Sterben erleichternde Maßnahmen** stehen zur Verfügung oder werden in Erwägung gezogen:

- Schmerztherapie unter Inkaufnahme einer möglichen Lebensverkürzung;
- Unterlassen einer möglichen lebensverlängernden Maßnahme;
- Abbruch einer bereits eingeleiteten, das Sterben lediglich hinauszögernden Therapie;
- palliative Sedierung: narkoseähnlicher Zustand bei nicht anders zu beherrschenden Schmerzzuständen;
- ärztlich assistierter Suizid: Bereitstellung zum Tode führender Medikamente durch den Arzt, die der Patient nach eigenem Entschluss einnimmt;
- medikamentöse Einschläferung mit beabsichtigter Herbeiführung des Todes.

Die oben beschriebenen – vornehmlich in modernen Industriegesellschaften zu beobachtenden – Entwicklungen haben in einigen Ländern bereits zu gesetzlichen Neuregelungen ärztlichen Handelns am Lebensende geführt. Potenziell den Tod beschleunigende Schmerztherapie, Unterlassen bzw. Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen und tiefe Sedierung sind in den meisten Staaten als unverzichtbarer Teil moderner ärztlicher Sterbeerleichterung anerkannt. In den Niederlanden, Belgien und Luxemburg sind zusätzlich bei schwer leidenden Menschen am Lebensende unter bestimmten Bedingungen sowohl die ärztlich herbeigeführte Lebensbeendigung (»aktive Sterbehilfe«) wie die **ärztliche Beihilfe zum Suizid** erlaubt, in den US-Staaten Oregon, Washington, Montana, New Mexico und Vermont lediglich die **ärztliche Suizidasistenz**. In der Schweiz und in Kolumbien wird die Suizidbeihilfe auch ohne ausdrückliche gesetzliche Regelung straffrei toleriert.

Voraussetzung für Maßnahmen zur Sterbebeschleunigung ist bei allen gesetzlichen Regelungen stets eine frei verantwortliche Entscheidung des aufgeklärten, selbstbestimmungsfähigen Patienten, eine ausreichende Bedenkzeit und ein transparentes Handeln *lege artis*.

- **Auch eine diagnostizierte psychische Störung oder Erkrankung schließt die freie Selbstbestimmungsfähigkeit nicht von vornherein aus. Vielmehr muss in jedem Einzelfall geprüft werden, ob die vom Patienten getroffene Entscheidung unbeeinträchtigt von einer psychopathologischen Einengung aus freier Selbstverantwortung erfolgt.**

In Deutschland sind weder der Suizid noch die Beihilfe zum Suizid strafbar. Dies folgt aus dem strafrechtlichen Grundsatz, dass Tötungsdelikte immer nur die Tötung eines anderen betreffen. Selbstgefährdende Handlungen einschließlich eines Suizidversuchs sind straffrei. Da aber jede Teilnahme nach den §§ 26, 27 StGB eine tatbestandsmäßige und rechtswidrige Haupttat voraussetzt, ist auch die Teilnahme am Suizid straflos, wobei meist die Beihilfe und nicht die Anstiftung diskutiert wird. Sollte die Beihilfe zum Suizid doch bestraft werden, müsste hierzu ein Straftatbestand durch den Gesetzgeber geschaffen werden. Einen solchen Tatbestand gibt es in anderen Ländern, so beispielsweise in Österreich.

Andere Regeln gelten aber auch nach deutschem Strafrecht, wenn die Handlung selbst die Haupttat ist, wie dies bei der **Tötung auf Verlangen** der Fall ist. Eine solche wird nach § 216 StGB mit Freiheitsstrafe von 6 Monaten bis zu 5 Jahren bestraft. Eine solche Tötung auf Verlangen i. S. des § 216 StGB setzt voraus, dass der Täter »durch das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getöteten zur Tötung bestimmt worden« ist. Es handelt sich hierbei um einen Privilegierungstatbestand. Ohne ein ausdrückliches ernstes Verlangen liegt ein Totschlag oder ein Mord vor. Im Unterschied zur Beihilfe zum Suizid richtet sich die Tat gegen einen anderen. Auch wenn im Willen des Geschädigten gehandelt wird, wird von Seiten des Gesetzgebers die Handlung somit anders gewertet.

Fehlt es an einer fehlerfreien Willensbildung eines verantwortlich handelnden Menschen und damit an einem ernstlichen Verlangen, so liegt unter Umständen ebenfalls ein Mord oder Totschlag vor. Derjenige, der einem Patienten, der beispielsweise aufgrund einer psychischen Erkrankung nicht in der Lage ist, freiverantwortlich zu entscheiden, bei seinem Suizid hilft, begeht folglich keine straflose Beihilfe zum Suizid, sondern einen Totschlag in mittelbarer Täterschaft.

Um eine straflose Beihilfe handelt es sich nur dann, wenn der Suizident für sein Handeln verantwortlich ist. Es ist jedoch sehr umstritten, unter welchen Voraussetzungen diese Bedingung gegeben ist, da es kein Gesetz zur Freiverantwortlichkeit des Suizids gibt. Allerdings gibt es ein Gesetz zur Einordnung der Schuldfähigkeit beim Vorliegen einer psychischen Störung (§§ 20, 21 StGB). Diese beiden Paragraphen finden in diesem Zusammenhang allerdings keine direkte Anwendung. Da es sich bei einem Suizid um keine Straftat handelt, gibt es auch keine Schuldfrage, die zu beantworten ist. Jedoch können die herausgearbeiteten Maßstäbe zur Schuldfähigkeit herangezogen werden (Roxin 2013).

Demnach ist ein verantwortlicher Suizid bei Einschränkung der freien Selbstbestimmung aufgrund von psychischer Störung oder Krankheit (Wahnzuständen, tiefer Depression, Zwangserkrankung und anderes) nicht mehr gegeben.

Ob diese fließenden Linien so unterschiedliche Strafandrohungen rechtfertigen, ist rechtspolitisch äußerst umstritten. Während auf der einen Seite nicht wenige Autoren dafür plädieren, auch die Tötung auf Verlangen – ähnlich wie das in Holland und Belgien schon heute der

Fall ist – bei Einhaltung missbrauchsverhindernder Kontrollen von Strafe freizustellen, werden andererseits auch in Deutschland Stimmen laut, die eine Strafandrohung, wenn nicht für jede Beihilfe, so doch wenigstens für die organisierte, die geschäftsmäßige oder die gewerbsmäßige Beihilfe fordern.

Eine andere Zielrichtung verfolgte der 66. Deutsche Juristentag 2006 in Stuttgart. Hier wurde eine klare gesetzliche Regelung der Strafflosigkeit von therapeutischen Maßnahmen am Lebensende gefordert, wenn diese mit einer möglichen Lebensverkürzung einhergehen, soweit sie von einem selbstbestimmungsfähigen Patienten gewünscht sind. Gleichmaßen sollte die Nichtverhinderung eines aus freier Verantwortung vollzogenen Suizids bzw. das Unterlassen von Rettungsmaßnahmen in einem solchen Fall straffrei bleiben. Weiterhin forderte der Juristentag, die standesrechtliche Missbilligung des ärztlich assistierten Suizids bei unerträglichem, unheilbarem und mit palliativmedizinischen Mitteln nicht ausreichend zu linderndem Leiden durch eine Toleranz der Suizidbeihilfe als rechtlich und ethisch vertretbare Form der Sterbebegleitung zu ersetzen

➤ **Der Musterberufsordnung der Ärzte zufolge ist Beihilfe zum Suizid den Ärzten seit 2011 verboten. Dieser Passus wurde jedoch nur von der Hälfte der – in dieser Sache zuständigen – Landesärztekammern übernommen.**

In jedem Fall muss im Rahmen der Sterbebegleitung eine humanitäre Basisbetreuung unter Achtung des Willens des betroffenen Patienten gewährleistet sein. Sie umfasst nach den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung u. a. eine menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie das Stillen von Hunger und Durst.

13.3 Rechtsprechung und Rechtspolitik in Bewegung

Die oben erwähnten gesellschaftlichen Entwicklungen haben im zurückliegenden halben Jahrhundert teilweise zu erheblichen Änderungen in der allgemeinen Rechtsauffassung im Gesundheitswesen geführt. Über die Indikation einer ärztlichen Maßnahme entscheidet der Arzt, über die Rechtmäßigkeit von deren Umsetzung entscheidet der Patient, indem er nach erfolgter **Aufklärung** in die Behandlung einwilligt oder sie ablehnt. Diese Abkehr vom zuvor üblichen ärztlichen Paternalismus hatte auch Auswirkungen auf die Debatte zur Sterbehilfe.

Fallbeispiel 1: Sterbebegleitung

Erstmals wurde im Jahr 1984 ein Arzt vom höchsten deutschen Gericht freigesprochen, der eine hochbetagte Patientin in ihrem aus freier Verantwortung vollzogenem Suizid begleitete, aber keine Rettungsmaßnahmen ergriffen hatte (Fall Wittig: Aktenzeichen BGH 3 Str 96/84, Entscheidungssammlung BGH St 32,367, Fundstelle NJW 1984, 2639). In der Urteilsbegründung allerdings hieß es, das Absehen von Strafe sei nur deshalb erfolgt, weil dem Arzt im Hinblick auf die vermutlich bereits eingetretene Hirnschädigung der Patientin eine Einweisung ins Krankenhaus nicht mehr zumutbar gewesen sei.

Hierzu gab es eine große Debatte sowohl in der juristischen Literatur als auch von Seiten der Mediziner und Ethiker. Von einem Teil der Kritiker im Fall Wittig wurde angeführt, dass durch eine Liberalisierung der Sterbehilfe eine schiefe Ebene betreten werden könnte. In der Folge komme

es auch zu Sterbehilfe bei Menschen, die ihren Willen nicht mehr äußern können. Hierdurch entstehe eine Erwartungshaltung Dritter, von sich aus Sterbehilfe anbieten zu müssen oder sogar aufgrund von objektiven Kriterien und aufgrund des vermeintlichen Wohls des Patienten Sterbehilfe zu vollziehen.

Einer anderen Ansicht zufolge kann es keinen Unterschied machen, ob der Sterbeprozess eingeleitet sei oder nicht. Vielmehr käme es auf die Freiverantwortlichkeit an.

Aufgrund dieser Debatte wurden in den letzten Jahren in der ärztlichen Behandlung schwer Kranker und Sterbender wichtige juristische Grundsätze herausgearbeitet.

Fallbeispiel 2: Sterbebegleitung oder Totschlag?

Im Jahr 2005 hatte eine Ärztin gemeinsam mit ihrem Ehepartner eine Rentnerin betreut, die sich im Sterben befand. Sie entschlossen sich, diese nicht mehr in ein Krankenhaus zu verlegen, sondern sie zu Hause medikamentös zu versorgen. Kurze Zeit später war die Patientin gestorben. Das Landgericht Kiel kam zu dem Ergebnis, dass die Rentnerin an einer Überdosis des verabreichten Dolantin gestorben sei, welches ihr das Ehepaar injiziert hatte. Die Ärztin wurde von dem Landgericht wegen Totschlags aufgrund einer angenommenen Tötungsabsicht verurteilt.

In der Revision des Urteils vor dem BGH wurde sie dann aufgrund des Mangels an Beweisen für die Tötungsabsicht und für die Todesursächlichkeit der Dolantindosis freigesprochen. Die Richter konnten nicht rechtsfehlerfrei ausschließen, dass die Ärztin beabsichtigte, die Sterbende durch schmerzlindernde Medikation zu begleiten.

Durch diesen Fall formulierte der BGH den juristischen Grundsatz, dass schmerzlindernde Maßnahmen grundsätzlich straffrei sind. »Eine ärztlich gebotene schmerzlindernde Medikation entsprechend dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen wird bei einem Sterbenden nicht dadurch unzulässig, dass sie als unbeabsichtigte, aber in Kauf genommene Nebenfolge den Todeseintritt beschleunigen kann«, so der BHG wörtlich (BGH 3 StR 79/96, BGH St 42,301, NJW 1997,807). Fraglich ist, ob diese Grundsätze, wie es das Urteil nahelegt, nur für Sterbende gelten sollen. Sinnvollerer Anknüpfungspunkt sollte vielmehr die ärztlich indizierte Behandlung von Schmerzen sein. Das heißt, auch wenn kein unmittelbarer, unumkehrbarer Sterbeprozess eingeleitet ist, sollte bei schweren Leidenszuständen die straffreie Inkaufnahme des Todes des Patienten möglich sein.

Die **Unterlassung einer Behandlung** kann sogar nicht nur straflos, sondern sogar rechtlich geboten sein, wenn ein verantwortungsfähiger Patient sie verlangt. Dies folgt aus dem Grundsatz, dass ein jeder ärztlicher Eingriff eine Körperverletzung darstellt und erst durch eine auf einer Aufklärung beruhende Einwilligung gerechtfertigt wird, selbst wenn die Behandlung medizinisch indiziert ist. Der Arzt, der an diese Entscheidung gebunden ist, kann nicht etwa wegen einer Tötung auf Verlangen durch Unterlassen strafrechtlich belangt werden. Das gilt nach einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts selbst dann, wenn die Entscheidung eines eigenverantwortlich handelnden Patienten nach objektivem Urteil in hohem Grade unvernünftig ist (»Gesundbeter-Fall«: 1 BvR 387/65 BVerfGE 32, 98 ff., NJW 1972,327).

Mit einem Urteil des BGH aus dem Jahr 1994 wurde entschieden, dass bei einer unheilbar erkrankten entscheidungsfähigen Patientin das Absetzen der künstlichen Ernährung auch in dem Fall zulässig sei, wenn keine Todesnähe bestehe, wenn dies eindeutig dem mutmaßlichen Willen der Kranken entspreche (Kemptner Fall: BGH StR 357/94, BGH St 40,257, NJW 1995, 204).

Über einen ähnlichen Fall hatte der BGH im Jahr 2010 zu entscheiden.

Fallbeispiel 3: Einstellen der künstlichen Ernährung

Hier war der Angeklagte ein für das Fachgebiet des Medizinrechtes spezialisierter Rechtsanwalt. Er beriet die beiden Kinder einer seit 2002 im Wachkoma liegenden Patientin. Sie wurde in einem Pflegeheim über eine PEG-Sonde künstlich ernährt. Eine Besserung ihres Gesundheitszustandes war zu diesem Zeitpunkt nicht mehr zu erwarten. Entsprechend eines von der Patientin im September 2002 nur mündlich geäußerten Wunsches bemühten sich die Kinder, die inzwischen zu Betreuern der Patientin bestellt wurden, um die Einstellung der künstlichen Ernährung. Im Jahr 2007 kam es zu einem Kompromiss mit der Heimleitung. Das Heimpersonal sollte sich nur noch um die Pflegetätigkeiten kümmern, während die Kinder der Patientin selbst die Ernährung über die Sonde einstellen und die erforderliche Palliativversorgung durchführen und ihrer Mutter im Sterben beistehen sollten. Nachdem die Nahrungszufuhr über die Sonde beendet wurde, wies die Geschäftsleitung des Gesundheitsunternehmens am 21.12.2007 jedoch die Heimleitung an, die künstliche Ernährung wieder aufzunehmen. Daraufhin erteilte der Angeklagte den Kindern den Rat, den Schlauch der PEG-Sonde unmittelbar über der Bauchdecke zu durchtrennen. Nachdem diese dem Rat folgten, wurde die Patientin auf Anordnung eines Staatsanwaltes gegen den Willen der Kinder erneut künstlich ernährt. Der Angeklagte Rechtsanwalt wurde von dem Landgericht Fulda wegen versuchten Totschlags durch aktives Tun verurteilt. Der BGH hat das Urteil aufgehoben und den Angeklagten freigesprochen.

In dieser Entscheidung aus dem Jahr 2010 entwickelte der BGH den Leitsatz, dass ein Behandlungsabbruch einer vom Patienten nicht gewünschten, lebensverlängernden Sondenernährung gerechtfertigt ist, wenn dies dem tatsächlichen oder mutmaßlichen Patientenwillen entspricht und dazu dient, einem ohne Behandlung zum Tod führenden Krankheitsprozess seinen Lauf zu lassen. Ein Behandlungsabbruch kann sowohl durch Unterlassen als auch durch aktives Tun vorgenommen werden (Fall Putz: BGH 2 StR 454/09, BGH St 55,191 ff., NJW 2010,2963).

Bislang noch durch keine Gerichtsentscheidung ist die Frage geklärt, ob die im Jahr 2009 durch den Deutschen Bundestag gesetzlich verankerte Verbindlichkeit einer Patientenverfügung auch dann uneingeschränkt gültig ist, wenn sie im Fall einer Suizidhandlung jegliches ärztliches Eingreifen untersagt (Ulsenheimer 2010, Rn 22 f.).

Auch wenn die Entwicklung in den letzten Jahrzehnten wichtige Grundzüge aufgezeigt hat, müssen angesichts der noch offenen Fragen über den Umgang mit Menschen am Lebensende, einem derart zentralen Punkt des Lebens, die Entscheidungen durch den demokratisch legitimierten Gesetzgeber getroffen werden. Es bleibt zu hoffen, dass eine breite gesellschaftliche Diskussion erfolgt, die die Öffentlichkeit und die verschiedenen involvierten Berufsgruppen einbezieht.

13.4 Anhang: Formulare

Im Folgenden eine Formularhilfe zur Anregung einer gesetzlichen Betreuung (■ Abb. 13.1) und ein Vorschlag für das Formular »Patientenverfügung« (■ Abb. 13.2).

Absender: Name, Straße, PLZ/Ort, Telefon/Fax, Handy-Nr., E-Mail

An das Amtsgericht

Ort, Datum

Betreuungsabteilung

Anregung zur Einrichtung einer rechtlichen Betreuung

(Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen)

Ich rege an, gemäß § 1896 Abs.1 BGB einen Betreuer zu bestellen für:

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort)

(Geburtsname, Familienstand)

(genaue Anschrift)

(derzeitiger Aufenthalt)

(Telefon, Fax, Email-Anschrift)

Der **Aufgabenkreis** des Betreuers soll umfassen:

- ☐ Gesundheitssorge
- ☐ Aufenthaltsbestimmung
- ☐ Entscheidung über unterbringungsähnliche Maßnahmen
- ☐ Entscheidung über die geschlossene Unterbringung
- ☐ Vermögenssorge
- ☐ Wohnungsangelegenheiten
- ☐ Entgegennahme, das Öffnen und das Anhalten der Post
- ☐ Vertretung gegenüber Ämtern, Behörden, Sozialversicherungsträgern und Dritten

Für das Amt des Betreuers schlage ich vor:

Name, Vorname, Geb. Datum, Anschrift, Telefon, persönlicher Bezug zu der betroffenen Person

- ☐ Die vorgeschlagene Person ist über den Vorschlag informiert und damit einverstanden.
- ☐ Die Auswahl des Betreuers wird dem Gericht überlassen.

Es besteht ein Bedürfnis dafür, die genannten Angelegenheiten einem Betreuer zu übertragen, da der Betroffene diese nicht (mehr) selbst besorgen kann wegen:

- ☐ Bewegungsunfähigkeit
- ☐ Verwirrheitszuständen
- ☐ sonstiger körperlicher/geistiger Behinderung
- ☐ Persönlichkeitsveränderung, z. B. _____
- ☐ Auffälligkeiten im Umgang mit Vermögen, z. B. _____
- ☐ Sonstiges _____

■ **Abb. 13.1** Formularhilfe zur Anregung einer gesetzlichen Betreuung

Die Hausärztin/der Hausarzt ist _____

- Ein ärztliches Gutachten ☐ soll vom Gericht eingeholt werden.
☐ liegt dem Antrag bei.
☐ werde ich nachreichen.

Die nächsten Angehörigen sind: _____ (jeweils mit genauer Anschrift und Telefonnummer)

- ☐ Ehepartner:
☐ Eltern: (mit Geburtsdatum und Altersangabe)
☐ Geschwister:
 (Angaben nur dann erforderlich, wenn kein Ehepartner oder Kinder vorhanden)
☐ Die genannten Angehörigen sind mit einer Betreuung und der Person des vorgeschlagenen Betreuers einverstanden.
☐ mit Ausnahme von _____

Der/die Betroffene

- ☐ hat keine Kenntnis von dieser Anregung.
☐ hat Kenntnis von dieser Anregung und ihr zugestimmt.
☐ hat Kenntnis von dieser Anregung und ihr nicht zugestimmt.
☐ kann sich zu dieser Anregung nicht äußern.

Eine Verständigung mit dem Betroffenen

- ☐ ist möglich. ☐ ist bedingt möglich. ☐ ist nicht möglich.

- ☐ Die Angelegenheit ist eilbedürftig, weil
☐ die Verlegung des Betroffenen in ein Alten- und Pflegeheim geprüft und organisiert werden muss.
☐ über die Durchführung ärztlicher Maßnahmen, insbesondere _____entschieden werden muss.

Soweit mir bekannt ist, bestehen folgende Vollmachten:

- ☐ Bankvollmacht ☐ Altersvorsorgevollmacht
☐ Betreuungsverfügung ☐ Diese sind dem Antrag beigelegt.

Der/die Betroffene kann zur Anhörung bei Gericht
☐ kommen. ☐ nicht kommen.

Ein Anhörungstermin und/oder Untersuchungstermin kann vermittelt werden durch _____

(Unterschrift)

Patientenverfügung

Für den Fall, dass ich (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse) aufgrund von Bewusstlosigkeit oder Bewusstseinstörung durch Krankheit, Unfall oder sonstige Umstände mein Selbstbestimmungsrecht nicht mehr ausüben kann oder nicht mehr in der Lage bin, meinen Willen verständlich zu äußern, verfüge ich:

Solange eine realistische Aussicht auf Wiederherstellung und Erhaltung eines selbstbestimmten Lebens besteht, wünsche ich ärztlichen und pflegerischen Beistand unter Ausschöpfung der jeweils angemessenen Möglichkeiten.

Dagegen wünsche ich, dass lebenserhaltende oder -verlängernde Maßnahmen jedweder Art unterbleiben, wenn eine oder mehrere der nachfolgend genannten Situationen mit medizinisch hinreichender Sicherheit festgestellt sind:

- dass ich mich im unmittelbaren Sterbeprozess befinde,
- dass eine tödliche Erkrankung so weit fortgeschritten ist, dass die Lebenserwartung nur noch wenige Wochen beträgt und medizinische Behandlungsversuche mit Wahrscheinlichkeit lediglich zu einer Verlängerung des Sterbens führen,
- dass die Aussicht auf Wiedererlangung des Bewusstseins minimal (d. h. kleiner als 10 %) ist,
- dass aufgrund von Krankheit oder Unfall ein schwerer Dauerschaden des Gehirns zurückbleibt, der ein selbstbestimmtes Leben mit größter Wahrscheinlichkeit nicht mehr zulassen wird,
- dass ich aufgrund einer fortgeschrittenen Demenz dauerhaft verwirrt oder nicht mehr in der Lage bin, mich auf natürlichem Wege zu ernähren.

Behandlung und Pflege sollen in diesen Fällen entsprechend den Regeln der Palliativmedizin auf die Linderung von Schmerzen, Unruhe und andere mein Wohlbefinden beeinträchtigende Symptome gerichtet sein, selbst wenn durch die eingesetzte Behandlung (z. B. Schmerzmedikamente) oder durch den Verzicht auf kurative Behandlung eine Lebensverkürzung möglich ist.

Ausdrücklich lehne ich in den genannten Situationen ab (*bitte ankreuzen*):

- künstliche Beatmung
- Wiederbelebungsmaßnahmen bei Herzstillstand
- Bluttransfusionen
- Dialyse in jeder Form
- Künstliche Ernährung
- Künstliche Flüssigkeitszufuhr, soweit nicht zum Stillen von Durst eindeutig erforderlich
- Antibiotika-Medikation, soweit nicht als Palliativmaßnahme erforderlich

Falls infolge einer akut aufgetretenen Hirnschädigung die Prognose zunächst ungewiss ist, soll bei ausbleibender Besserung nach spätestens 2 Wochen die Intensivtherapie zugunsten einer Palliativbehandlung beendet werden. In jedem Fall bitte ich, den natürlichen Vorgängen beim Sterbeprozess bzw. im Verlauf einer tödlichen Erkrankung absoluten Vorrang einzuräumen gegenüber den technischen Möglichkeiten einer zeitlich begrenzten Lebensverlängerung. Ich möchte in Würde und Frieden sterben können, nach Möglichkeit in meiner vertrauten Umgebung.

Ich habe eine notariell beglaubigte Vorsorgevollmacht und eine Betreuungsverfügung zugunsten folgender Person(en) ausgestellt: (Name, Adresse, Telefon). Sie ist (sind) an meiner Stelle zu allen Entscheidungen im Sinne dieser Patientenverfügung berechtigt einschließlich Einsicht in meine Krankenunterlagen und deren Herausgabe an Dritte. Zu diesem Zweck entbinde ich die mich behandelnden Ärzte und deren nicht ärztliche Mitarbeiter ihr (ihnen) gegenüber von der Schweigepflicht.

Mein(e) Hausarzt(ärztin) ist: (Name, Adresse, Telefon).

Ich habe diese Patientenverfügung im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte, bei klarem Bewusstsein, ohne Druck oder Zwang, nach reiflicher Überlegung und in Kenntnis der rechtlichen Tragweite erstellt. Sie entspricht meiner Einstellung zu Leben und Lebensende. Ich habe mich mit dieser Thematik über viele Jahre hinweg eingehend beschäftigt. (*Ggf. weitere Gründe*)

Ausdrücklich verbitte ich mir, im Falle meines eingeschränkten Bewusstseins aus der Interpretation nonverbaler Kommunikationssignale (Mimik, Gesten) auf einen Widerruf dieser Patientenverfügung zu schließen.

Erstmals erstellt/erneuert: (Datum, Unterschrift)

■ Abb. 13.2 Fortsetzung

Literatur

Dodegge G, Roth A (2010) Systematischer Praxiskommentar Betreuungsrecht, 3. Aufl. Bundesanzeiger Verlag, Köln

Roxin C (2013) Tötung auf Verlangen und Suizidteilnahme. Goltdammer's Archiv für Strafrecht 6:313

Ulsenheimer K (2010) § 149 Ärztliche Sterbehilfe. In: Laufs A, Kern B-R (Hrsg) Handbuch des Arztrechts, 4. Aufl. Beck, München

Religiosität und Spiritualität als Einflussfaktor

Uwe Sperling

- 14.1 Einleitung – 160**
- 14.2 Suizid und Suizidalität in den biblischen Religionen – 160**
- 14.3 Religiosität und Spiritualität in der Bevölkerung Deutschlands – 161**
- 14.4 Haupttheorien für den Zusammenhang von Religiosität und Suizidalität – 161**
- 14.5 Religiosität und Spiritualität als Schutzfaktor – 162**
 - 14.5.1 Moralische Ablehnung – 162
 - 14.5.2 Verringerung von Risikofaktoren – 163
 - 14.5.3 Religiöse und spirituelle Bewältigungsstrategien – 164
 - 14.5.4 Auseinandersetzung mit existenziellen Fragen – 164
 - 14.5.5 Rituale und Meditation – 165
 - 14.5.6 Spirituelles Wohlbefinden – 165
 - 14.5.7 Trauerbegleitung – 165
- 14.6 Religiosität und Spiritualität als Risikofaktor – 165**
- 14.7 Zusammenfassung und Ausblick – 167**
- Literatur – 168**

14.1 Einleitung

Menschen werden mit zunehmendem Alter zwar nicht religiöser, im Leben der meisten älteren Menschen spielen Religion und Spiritualität jedoch eine Rolle. Von der psychologischen Forschung werden Religiosität und Spiritualität in den letzten Jahrzehnten immer stärker als eine unverzichtbare Dimension der menschlichen Persönlichkeit gewürdigt, wenn es darum geht, die Veränderungen des Erlebens und Verhaltens zu beschreiben, vorherzusagen und zu beeinflussen. Dabei werden neben dem Aspekt der Transzendenz u. a. auch solche der Einstellung, der sozialen Interaktion, des Risikoverhaltens und des Sinnerlebens untersucht. Religiosität und Spiritualität stehen anerkanntermaßen in engem Zusammenhang damit, wie sich der Mensch mit seinen existenziellen Fragen auseinandersetzt. Umso verwunderlicher mag es deshalb erscheinen, dass nach Anfängen am Ende des 19. Jahrhunderts erst in den letzten Jahrzehnten wieder häufiger danach gefragt wird, in welcher Weise Religiosität und Spiritualität präventiv oder risikoverstärkend Einfluss auf die Suizidalität ausüben.

14.2 Suizid und Suizidalität in den biblischen Religionen

Judentum, Christentum und Islam lehnen den Suizid mit wenigen Ausnahmetatbeständen als gegen den Willen Gottes gerichtet ab. Im Christentum förderten führende Kirchenlehrer die kirchliche Ablehnung des Suizids. Augustinus (5. Jh.) fasste die Selbsttötung unter das 6. Gebot (Tötungsverbot) und Thomas von Aquin (13. Jh.) betonte, dass der Suizid dem Lebenszweck als Eigentum Gottes widerspricht und die Gesellschaft beeinträchtigt. Aufgrund der Erkenntnis, dass man eine Einengung der Freiheit bei der Suizidentscheidung meist nicht sicher ausschließen kann, enthält das katholische Kirchenrecht das Verbot der kirchlichen Bestattung nach einem Suizid seit 1983 nicht mehr.

Die Bibel berichtet von 10 vollendeten Suiziden und 11-mal von Suizidgedanken und -versuchen (vgl. im Folgenden Koch 2005, 2012). Der Suizid alter Menschen bildet jedoch kein eigenes Thema. In erster Linie betrachtet die Bibel das Leben als Geschenk Gottes, und im Zweifelsfall entscheidet sie **für** das Leben. Der Suizid wird jedoch weder verurteilt noch gebilligt, sondern ohne Anmerkungen über die zugrunde liegende Emotionalität als Teil des Lebens berichtet. Kommentiert wird lediglich das Verhältnis zwischen der betreffenden Person und Gott vor der Suizidentscheidung.

In der **hebräischen Bibel** (Altes Testament) sind es Personen in höchsten Staatsämtern und Soldaten, die sich in prekären Situationen das Leben nehmen. Das **Neue Testament** berichtet als einzigen Suizid den Tod des Judas Iskariot (Matthäusevangelium), parallel dazu gibt es jedoch auch die Darstellung als Unfalltod (Apostelgeschichte), und dem 1. Korintherbrief scheint sein Tod gar nicht bekannt zu sein. Hintergrund sind die Reue über die Auslieferung Jesu und die Tatsache, dass Judas, der nochmals das Gespräch mit den Verantwortlichen sucht, seinen Fehler nicht mehr rückgängig machen kann. Suizidgedanken und -versuche werden in der hebräischen Bibel von Mose, den Propheten Elia und Jona, Händlern wie Ijob und als einziger Frau von Sara sowie im Neuen Testament von Paulus, seinem Gefängniswächter und den in apokalyptischen Zeiten Leidenden erzählt. Während Mose die Bürde der politischen und religiösen Führung zu schwer und Elia als Verfolgter depressiv wird, beklagt Ijob das nicht endende Leid; Sara erfährt üble Nachrede (Tobit 3,10) und Jona kommt mit Gottes Erbarmen über Ninive nicht zurecht. Paulus gerät als Gefangener ins Grübeln; bei anderer Gelegenheit verhindert er den Suizid seines Wächters. In den biblischen Belegen sind leicht die noch heute

aktuellen Risikofaktoren wie Depression, aktueller Konflikt, organische Krankheit und die aktuell unlösbare Krise zu erkennen.

14.3 Religiosität und Spiritualität in der Bevölkerung Deutschlands

Religiosität und Spiritualität spielen bei einem nennenswerten Teil älterer Menschen eine Rolle. In Deutschland gehört mit 65,8 % der überwiegende Teil der Bevölkerung einer der beiden großen christlichen Kirchen an. Bei den Frauen im Alter von 60–89 Jahren findet man mit 30,4 % den größten Anteil regelmäßiger Kirchgänger, bei den Männern in der gleichen Altersgruppe sind es 20,9 % (Gesamtbevölkerung: 17,8 %), auf der anderen Seite besuchen 47,1 % der älteren Frauen und 58,5 % der älteren Männer selten oder nie einen Gottesdienst (Gesamtbevölkerung: 61,2 %). (eigene Berechnung, Daten: GESIS, ALLBUScompact 2010). Zu ähnlichen Ergebnissen kommt der Religionsmonitor (Ebertz 2007): Jeweils 26 % der über 60-Jährigen üben ihre Religiosität in hohem bzw. mittlerem Ausmaß öffentlich aus. Die Religiosität erreicht in Deutschland bei 26 % der über 60-Jährigen eine hohe, bei weiteren 47 % eine mittlere Zentralität. Interessant ist, dass die Religiosität der älteren Menschen stärker als bei jungen Leuten von einem religiösen Pluralismus geprägt ist (70 % hoch, 23 % mittel) (Ebertz 2007). Höhere Religiosität im Alter scheint jedoch weniger eine Begleiterscheinung des Älterwerdens zu sein, vielmehr waren die jetzt Älteren schon in jüngeren Jahren stärker kirchlich gebunden als die nachfolgenden Generationen, bei denen die Zahlen schon jetzt eine geringere Kirchenbindung und Religiosität im Alter erwarten lassen. Aber auch bei Menschen, die keiner Religionsgemeinschaft angehören, findet man transzendente und über sich hinausweisende Bezüge. Angesichts abnehmender Kirchenmitgliederzahlen ist mittlerweile die Unterscheidung von Religiosität und Spiritualität unverzichtbar geworden. Spiritualität kann dabei sowohl religiöse wie nicht religiöse Züge tragen. Weiterhin müssen die jeweils spezifische kulturelle Gestalt und die individuelle Bedeutung der Religiosität bzw. Spiritualität beachtet werden, wenn man nach ihren Zusammenhängen mit der Suizidalität fragt (Schneider et al. 2011).

14.4 Haupttheorien für den Zusammenhang von Religiosität und Suizidalität

Emile Durkheim (2000) hat in seinem 1897 erschienen Buch *Le suicide* aus soziologischer Perspektive erklärt, dass die Suizidrate der Mitglieder einer Konfession umso geringer ausfällt, je höher der Grad ihrer **Integrationskraft** ist. Dass der Suizid stärker ein soziales denn ein individuelles Problem sei, belegte er damit, dass die katholischen Kantone der Schweiz damals weniger Suizide aufwiesen als die protestantisch geprägten. Seine Integrationshypothese findet bis heute Beachtung. Eine Überprüfung in den Jahren 2000–2005 (Spoerri et al. 2010) ergab, dass insbesondere die älteren Katholiken weniger Suizide aufwiesen, dass aber die jüngeren katholischen Stadtbewohner diesbezüglich nicht mehr von ihrer Konfessionszugehörigkeit profitierten. In anderen Ländern konnte der Befund nur teilweise oder abgewandelt bestätigt werden. Bei Katholiken und evangelikalen Baptisten gibt es meist weniger Suizide, außerhalb des Christentums v. a. aber auch bei Juden und Muslimen. Kritisch muss jedoch bedacht werden, dass wegen der **Tabuisierung** gerade hier mit einer höheren **Dunkelziffer** zu rechnen ist.

In den USA konnte man die Situation mit einer **Netzwerkhypothese** besser beschreiben. Von 27 religiösen Gruppen wiesen diejenigen am wenigsten Suizide auf, die eine mittlere

Dichte sozialer Netzwerkverbindungen aufwiesen, während die Gruppen mit sehr geringer oder mit sehr hoher Dichte die höchsten Suizidraten aufwiesen (Pescosolido u. Georgianna 1989). Zur Beschreibung der Kontaktdichte wird auch die Häufigkeit der Teilnahme an religiösen Aktivitäten herangezogen. In der Altersgruppe ab 50 Jahren waren die Suizidraten v. a. bei denjenigen besonders hoch, die sich weniger als einmal im Monat an religiösen Aktivitäten beteiligt hatten (Nisbet et al. 2000). Unklar blieb jedoch, welche Elemente der religiösen Teilnahme dafür verantwortlich sind.

Über die reine Häufigkeit der Teilnahme hinaus betont die **Theorie der religiösen Bindung** (commitment) als wesentlichen Faktor in Bezug auf die suizidpräventive Wirkung auch den Grad der Übernahme der zentralen Leben schützenden Glaubensüberzeugungen, die in der jeweiligen Religion oder Konfession gelten. Dazu zählen beispielsweise der Glaube an ein Leben nach dem Tod oder die Bewertung des Suizids als schwere Sünde, aber auch, wie beim Netzwerkansatz, die Häufigkeit der Teilnahme an religiösen Aktivitäten. In einer Untersuchung von Stack u. Lester (1991) waren die Menschen, die sich durch häufigere Teilnahme stärker an ihre Religion banden, weniger dem Suizid zugeneigt als die anderen.

Die Mehrzahl der Studien, die auf den oben genannten Haupttheorien aufbauen, konnten bestätigen, dass eine stärkere Ausprägung der Religiosität mit geringeren Suizidraten einhergeht (Koenig 2001); dieser Zusammenhang kann zwar noch nicht ausreichend erklärt werden; die jüngere Forschung hat aber gezeigt, dass die genannten Zusammenhänge oftmals über psychologische und soziologische Faktoren vermittelt werden. Diese sollen im Folgenden unter dem Aspekt angesprochen werden, inwiefern sie in Bezug auf die Suizidalität im Alter eine Schutzfunktion ausüben oder aber das Risiko erhöhen können.

14.5 Religiosität und Spiritualität als Schutzfaktor

Dass Religiosität und Spiritualität einen meist schützenden Effekt in Bezug auf die Suizidalität im Alter ausüben, kann als gesichert gelten. Immer interessanter wird jedoch die Frage, auf welche Weise religiöse und spirituelle Beteiligung im Einzelnen mit der Suizidalität verbunden sind. Mittlerweile wächst die Zahl der Studien, die diese Zusammenhänge untersuchen. Vielfach handelt es sich weniger um direkte als um indirekte Einflüsse, die über weitere psychosoziale und intrapsychische Mechanismen vermittelt werden.

14.5.1 Moralische Ablehnung

Einen recht unmittelbaren Zusammenhang zwischen Religiosität und Suizidalität nehmen die Forscher an, welche die religiös begründete moralische Ablehnung des Suizid (MOS) untersuchen. Sie gehen von der Beobachtung aus, dass in Ländern oder bei Bevölkerungsgruppen mit weniger Suiziden eine grundsätzliche Einstellung vorherrscht, die den Suizid stärker ablehnt. Lizardi et al (2008) konnten auf der anderen Seite zeigen, dass Personen, bei denen die moralische oder religiöse Ablehnung des Suizids geringer ausgeprägt war, eher Suizidversuche im Lebenslauf unternahmen. Die moralische Ablehnung des Suizids vermittelt zwischen Religionszugehörigkeit und Suizidversuchen, wobei ältere Menschen den Suizid stärker ablehnten (Dervic et al. 2004). Bei ihnen war die persönliche Religiosität meist größer, und sie stimmten orthodoxen Glaubensüberzeugungen mehr zu. Noch aussagekräftiger wäre

freilich die Antwort auf die Frage, ob eine Person den Suizid für sich selbst ablehnt oder als legitim ansieht. Grom (2000) vermutet, dass bei Religiösen die persönliche Ablehnung deutlicher ausfallen würde.

14.5.2 Verringerung von Risikofaktoren

Verminderte Häufigkeit von Depression

Es gibt viele Hinweise darauf, dass Religiosität mit einer Vermeidung oder Verringerung von Risikofaktoren in Zusammenhang stehen kann. Dies gilt insbesondere für das Auftreten einer Depression.

- ▶ Bei religiösen Menschen bzw. bei Menschen, deren Glaube von innen her motiviert ist, findet man weniger Depressionen und darüber hinaus oft auch eine bessere physische Gesundheit (Walker u. Bishop 2005).

Weaver u. Koenig (1996) berichten, dass ältere Patienten, die religiöse Bewältigungsstrategien nutzen, seltener an den kognitiven Symptomen einer Depression, die mit Suizidgedanken und suizidalem Verhalten in Verbindung stehen, leiden. Dazu gehören Interessenverlust, sozialer Rückzug, Gefühle der Niedergeschlagenheit und Langeweile, Unruhe, Gefühle des Versagens, dass es den anderen besser geht und das Gefühl der Hoffnungslosigkeit. Generell kann gesagt werden, dass Religiosität und Spiritualität zu weniger Hoffnungslosigkeit beitragen, die ansonsten über den Weg der Depression mit dem Risiko zum Suizidversuch verbunden sein kann (siehe Schneider et al. 2011). In unseren modernen Kulturen fördert die Auflösung sozialer Bindungen die Entstehung von Depressionen. Einen Zugang zu deren Symptomen findet man, wie Blazer (2007) gezeigt hat, oft erst dann, wenn man den Kontext der vorherrschenden religiösen Orientierung mit berücksichtigt, weil auch in den modernen Kulturen Menschen sich in solchen Fällen in ihre religiöse Subkultur zurückziehen.

Psychische Stabilität

Religiosität trägt neben den günstigen Zusammenhängen zur Depression auch in anderen Bereichen zu einer besseren psychischen Gesundheit gerade bei den Menschen im mittleren und höheren Erwachsenenalter bei. Religiöse zeigen weniger suizidrelevantes Risikoverhalten wie Alkoholismus, Aggressivität und weitere gesundheitsschädliche Verhaltensweisen (Weaver u. Koenig 1996). Man findet bei ihnen seltener Suizide im nahen sozialen Umfeld, und in den Fällen, wo es einen solchen Suizid gab, konnten sie dies besser bewältigen und hatten weniger Depressionen (ebd.).

Einbindung in Kirchengemeinde

Eine niedrigschwellige und weitreichende präventive Rolle können Hauptamtliche in den Kirchengemeinden ausüben, wenn sie darin geschult sind, erste Zeichen eines möglichen Suizids in Verbindung mit einer Depression oder einer Alkoholabhängigkeit zu erkennen (Weaver u. Koenig 1996). Möglicherweise haben sie eher den Zugang zu betroffenen älteren Menschen, die von anderen kaum erreicht werden, insbesondere zu Männern, sofern sie sich in der Gemeinde beteiligen. Sie können ihnen den Zugang zur Therapie ihrer oft behandelbaren psychischen Erkrankung bahnen.

14.5.3 Religiöse und spirituelle Bewältigungsstrategien

Massive oder chronische Belastungssituationen erhöhen das Risiko zu suizidaler Gedankenbildung und Suizidhandlungen. Religiöse und spirituelle Bewältigungsstrategien stellen zusätzliche Ressourcen für den Umgang mit solchen Belastungen zur Verfügung und erweitern so die Reaktionsmöglichkeiten auf Veränderungen und kritische Lebensereignisse. Bereits im Rahmen der Sozialisation werden entscheidende Weichen gestellt, die mit darüber entscheiden, ob eine Lebenskrise möglicherweise nur eingeschränkt wahrgenommen und interpretiert wird oder ob der Blick für Aspekte geöffnet wird, die über die kritische Situation hinausweisen und helfen, ausreichende Handlungsmöglichkeiten zu sehen und zu aktualisieren. Dort wo Menschen auch religiöse Bewältigungsstrategien zur Verfügung standen, berichten Weaver u. Koenig (1996) von weniger Suizidgedanken. Stützende religiöse Copingstrategien umfassen beispielsweise die Umgestaltung von Stressoren, die Suche nach religiöser oder spiritueller Unterstützung, eine religiöse Problemlösung, Vergebung (vgl. Pargament u. Ano 2004), aber auch das Vertrauen in Gott und in andere Menschen. Dadurch, dass der ältere Mensch zur Vergebung bereit wird, überwindet er einerseits die Verletzung durch das Unrecht, das ihm angetan wurde, auf der anderen Seite steht ihm in der Vergebung eine Ressource bereit, die es ihm ermöglicht, auch nach erlittenem Unrecht ihm wichtige nahe Beziehungen fortzuführen, was angesichts der Tendenz eines sich verkleinernden sozialen Netzwerks im Alter überlebenswichtig werden kann. Diese Ressourcen werden in der gegenwärtigen Prävention und Behandlung nach Suizidversuch noch zu wenig genutzt.

14.5.4 Auseinandersetzung mit existenziellen Fragen

Ein zentrales Thema, mit dem sich Religiosität und Spiritualität auseinandersetzen, ist die **Integration von Leiden** in das menschliche Leben. Deshalb können sie den Menschen bei der Sinnfindung und bei der Beantwortung existenzieller Fragen unterstützen. Daraus, dass sie den **Kohärenzsinn** fördern, erklärt sich ein weiterer präventiver Einfluss von Religiosität und Spiritualität auf die Suizidalität. Aus klinischer Perspektive hat Peteet (2007) darauf hingewiesen, dass die Entscheidung, dass das Leben nicht lebenswert ist, bei aller Individualität der Gründe existenzielle Verzweiflung ausdrückt. Sowohl beim Assessment als auch bei der präventiven Intervention ermöglicht die Einbeziehung der spirituellen Dimension, die hauptsächlich existenziellen Sorgen und ihre Bedeutung für die suizidrelevanten Dimensionen Identität, Hoffnung und das Erleben von Sinn, Schuld oder Verbundenheit zu berücksichtigen. Noch weiter aus dem religiösen Rahmen haben Ventegodt u. Merrick (2002) die Auseinandersetzung mit dieser existenziellen Not herausgelöst und zum Ansatzpunkt einer holistisch-medizinischen Intervention bei Suizidalen gemacht: Das Nachdenken über die Entscheidung für das Leben oder den Tod ist für ein gutes Leben extrem wichtig. Die Dynamik des Suizids bringt den Menschen jedoch an den tiefsten Punkt dieser existenziellen Problematik. Wenn aber die existenziellen Probleme am tiefsten Punkt gelöst werden können, ist dies der größte Gewinn und das Wichtigste, bei dem man Menschen helfen kann. Wie die Beispiele zeigen, liegt hier die Aufgabe nicht nur bei den Seelsorgern, sondern das medizinische Personal ist unmittelbar gefragt.

14.5.5 Rituale und Meditation

Im unmittelbar religiösen und spirituellen Raum sind Rituale und Meditation, die kritische Lebensübergänge begleiten, lebensstärkende und dadurch suizidpräventive Vollzüge. Sie tragen auch dazu bei, religiöse Überzeugungen gemeinsam auszudrücken und stärken so die soziale Bezogenheit auf die religiöse Gemeinschaft (Dervic et al. 2006).

14.5.6 Spirituelles Wohlbefinden

Mit den Stichwörtern **subjektives Wohlbefinden**, **spirituelles Wohlbefinden** und **Lebenssinn** soll ein weiteres Feld angesprochen werden, von dem man annimmt, dass Religiosität und Spiritualität zu einer Verringerung der Suizidalität beitragen. Religiosität und Spiritualität können, u. a. durch eine gestärkte psychische Gesundheit, zur Steigerung des subjektiven Wohlbefindens beitragen. Eine wichtige Rolle spielt in diesem Zusammenhang, dass durch Religion und spirituelle Lebensformen Hilfen bereitgestellt werden, um dem Leben Sinn und Bedeutung zu geben. Dazu trägt maßgeblich auch das religiöse oder spirituelle Wohlbefinden bei, auf das wiederum das vermittelte Gottesbild entscheidenden Einfluss hat. Die Vorstellung eines strafenden Gottes findet man bei Suizidalen häufiger. Während religiöses oder spirituelles Wohlbefinden als Schutzfaktor gilt, werden religiöse Enttäuschung und Belastung als Risikofaktoren angesehen. McClain et al. (2003) konnten zeigen, dass spirituelles Wohlbefinden Krebspatienten, die im Durchschnitt knapp 66 Jahre alt waren, zu einem gewissen Grad vor Verzweiflung am Lebensende schützt. Dafür war interessanterweise weniger der Glaube an ein Weiterleben nach dem Tod entscheidend, sondern der Ausprägungsgrad der Spiritualität.

14.5.7 Trauerbegleitung

Zunehmende Beachtung findet die Rolle von Religiosität und Spiritualität bei der Begleitung des **Trauerprozesses** von Hinterbliebenen nach Suizid. Da ihr Suizidrisiko aufgrund der Auseinandersetzung mit dem alles verändernden Ereignis erhöht ist, liegt in der Trauerarbeit mit den Hinterbliebenen ein wichtiger suizidpräventiver Ansatz. In Deutschland macht die Selbsthilfeorganisation AGUS – Angehörige um Suizid e. V. darauf aufmerksam, dass die Suizidtrauer eine schwere Lebenskrise ist. Dabei ist es unerheblich, wie lange der Suizid zurückliegt. In der Trauerzeit können Gedanken an den eigenen Tod auftreten, fast alles muss neu geordnet werden. Neben der professionellen Hilfe und der Selbsthilfegruppe bietet die Teilnahme am Leben der religiösen Gemeinde eine weitere Möglichkeit, Hilfen zu erhalten. Weniger der Glaube an ein Leben nach dem Tod, sondern die bei vielen Hinterbliebenen als hilfreich erlebten spirituellen Überzeugungen scheinen für den Weg aus der Trauer von Bedeutung zu sein (Colucci u. Martin 2008).

14.6 Religiosität und Spiritualität als Risikofaktor

Neben den schützenden Effekten, die Religiosität und Spiritualität in Bezug auf die Suizidalität im Alter haben, gibt es auch solche, die das Risiko für eine Suizidhandlung erhöhen können. Leider gibt es hierzu kaum Studien mit älteren Menschen. Mohr et al. (2006) haben diese

Ambivalenz mit einigen Zahlen veranschaulicht, die in einer Stichprobe von an Schizophrenie Erkrankten im Alter von 18–65 Jahren gewonnen wurden. Demnach förderte die Religion bei 71 % Hoffnung und Lebenssinn, bei 14 % dagegen brachte sie spirituelle Verzweiflung. Bei 54 % verringerte, bei 10 % jedoch verstärkte sie die psychotischen Symptome. In 28 % der Fälle trug sie zur sozialen Integration, in 3 % zur sozialen Isolation bei. Substanzmissbrauch wurde bei 14 % verringert, bei 3 % verstärkt. Das Risiko für einen Suizidversuch wurde in 33 % der Fälle reduziert, in 10 % verstärkt. Huguelet et al (2007) haben die Anreize zum Suizidversuch herausgearbeitet, die aus der Religiosität kamen: sich töten, um bei Gott zu sein, ein anderes Leben zu leben und dem Leiden zu entkommen, aus Wut auf Gott, wegen des Verlusts des Glaubens, des Bruchs mit der Religionsgemeinschaft oder wegen religiöser Wahnvorstellungen und Halluzinationen. Sorri et al. (1996) haben bei den 245 religiösen Suizidopfern eines Jahres in Finnland (18 %) **4 Typen der Religiosität** unterschieden:

- Hilfesuche bei einer Religionsgemeinschaft wegen Lebensproblemen oder einer psychischen Erkrankung,
- als belastend erlebter Konflikt mit einer Religionsgemeinschaft,
- private Religiosität ohne Rückbindung an eine bestimmte Kirche oder Gemeinde,
- Bruch mit der bisherigen Religiosität und meist negativ erlebte Beziehung mit Religion.

Colucci u. Martin (2008) nennen darüber hinaus weitere Umstände, unter denen Religiosität oder Spiritualität **Suizidhandlungen fördern** kann. Es kann die Betroffenen in Krisensituationen bringen oder in einer Krisensituation die Suizidalität verstärken,

- wenn Menschen unter dem Zwang stehen, die hohen Glaubensstandards ihrer Religionsgemeinschaft zu erfüllen und die Überzeugung gewinnen, dass es ihnen nicht gelingt,
- wenn Menschen sich der Religion zuwenden, nachdem sie die Missbilligung oder Zurückweisung durch Mitmenschen mit anderen Überzeugungen erleben mussten,
- wenn sie Anhänger einer fundamentalistischen Religionsform mit einem dogmatischen Glaubenssystem sind, das sich auf nur wenige absolute Überzeugungen beschränkt,
- wenn sie einer Sekte angehören,
- wenn sie einen starken Glauben an ein Leben nach dem Tod aufweisen.

➤ **Eine Vielzahl von Befunden weist auf die Bedeutung des vermittelten Gottesbildes hin. Das Bild eines strafenden Gottes findet man bei Suizidalen häufiger. Während religiöses oder spirituelles Wohlbefinden als Schutzfaktor gilt, werden religiöse Enttäuschung und Belastung als Risikofaktoren angesehen.**

Die genannten risikosteigernden Zusammenhänge zwischen Religiosität und Suizidalität sind leider nicht eigens für das höhere Alter untersucht worden. Deshalb sind sie nicht mehr, aber auch nicht weniger als eine Zusammenstellung von Hinweisen, die im Einzelfall herangezogen werden können, um möglicherweise auf eine weitere Facette der Suizidalität eines älteren Menschen aufmerksam zu werden und sie besser zu verstehen.

Umso interessanter ist eine Studie, in der Pritchard u. Baldwin (2000) die Suizidzahlen der über 75-Jährigen mit denen im Bevölkerungsquerschnitt verglichen haben. Entgegen allen Erwartungen wiesen die älteren Männer und tendenziell auch die älteren Frauen in katholisch und orthodox geprägten Ländern meist eine höhere Suizidrate auf als in nicht katholisch oder orthodox geprägten Ländern. Die Autoren erklären den Unterschied damit, dass mit dem kulturellen Wandel die für katholische und orthodoxe Länder typischen familialen Versorgungssystem immer weniger tragfähig geworden sind und zugleich zusätzliche

Unterstützungssysteme, die in den anderen Ländern besser ausgebaut sind, weitgehend fehlen. Das scheint mehr alte Menschen zum Suizid zu veranlassen. Wenn man an dieser Stelle weiterdenkt, kommen weitere Aspekte enttäuschter Religiosität in den Blick, die im Alter Suizidabsichten möglicherweise verstärken:

- Was geschieht, wenn Menschen mit Pflegebedarf sich von ihrer Religionsgemeinschaft vergessen fühlen, weil der Kontakt abbricht und im Pflegealltag spirituelle Bedürfnisse nicht ausreichend berücksichtigt werden?
- Was geschieht, wenn mit der zunehmenden Freiheit im Alter traditionelle Glaubensformen verlassen werden und der Rückhalt in der eigenen Kirche dadurch geringer wird?
- Was geschieht auf der anderen Seite, wenn Menschen das strenge Gottesbild ihrer Kindheit mit ins Alter nehmen?

14.7 Zusammenfassung und Ausblick

Die überwiegend schützenden Zusammenhänge zwischen Religiosität bzw. Spiritualität und Suizidgedanken und Suizidhandeln sind offenkundig. Auf der anderen Seite gibt es aber durchaus Konstellationen, in denen die religiöse oder spirituelle Orientierung die Suizidtendenz auslösen oder verstärken kann. Es gibt keine einfache Gleichung, dass religiöse oder spirituell orientierte Menschen weniger suizidal seien. Entscheidend ist, dass im Einzelfall Religiosität oder Spiritualität einen Einfluss auf weitere suizidpräventive Faktoren wie z. B. auf lebenserhaltende Werte, auf sinnstiftende Erklärungsmuster, auf die soziale Einbindung, auf Auseinandersetzungsformen mit Veränderungen und Belastungen oder nicht zuletzt auf psychische Erkrankungen und ihre Symptomatik haben.

➤ **Religiosität und Spiritualität entfalten ihre größte suizidpräventive Bedeutung im Vorfeld der Entstehung und Vertiefung von Suizidgedanken, -plänen und -handlungen sowie nach einem Suizidversuch und bei den Hinterbliebenen nach einem Suizid.**

Einem nennenswerten Anteil der jetzigen älteren Generation stehen diese Ressourcen zur Verfügung. Diese Einflüsse sind im deutschen Sprachraum und besonders für das höhere Alter jedoch noch wenig untersucht.

Was ist zu tun? Zunächst einmal liegt es an jedem Einzelnen, seine Religiosität und Spiritualität zu pflegen und aktiv in Bezug auf die jeweilige Gemeinschaft auszuüben. Aufseiten der Religionsgemeinschaften kommt es darauf an, die Erfüllung der religiösen und spirituellen Bedürfnisse der jeweiligen Glaubensentwicklung ihrer Mitglieder entsprechend bis ins höchste Alter zu ermöglichen. Wenn gesundheitliche Belastungen den Kontakt zur Gemeinde erschweren, besteht für sie eine große Aufgabe darin, den älteren Menschen nicht allein zu lassen und religiöse Enttäuschung zu vermeiden. Darüber hinaus stellt das Eingehen auf religiöse und spirituelle Bedürfnisse aber auch eine Herausforderung für die Arbeit von Pflegenden, Therapeuten und Ärzten dar, die mit älteren Menschen arbeiten. Man muss nicht selbst religiös sein, um die religiöse bzw. spirituelle Dimension in der professionellen Arbeit zu beachten und danach zu fragen und ggf. Gewünschtes zu ermöglichen. Die suizidpräventive Wirkung liegt wohl eher im Vorfeld eines Suizidentschlusses. Deshalb spricht alles dafür, in entstehenden Krisensituationen gesundheitlicher, sozialer oder psychischer Art möglichst frühzeitig die religiösen Ressourcen, wo sie vorhanden sind, anzusprechen und zu stärken. Dabei können die folgenden 4 Fragen, die Gearing u. Lizardi (2009) am Ende ihrer Literaturanalyse zum Verhältnis von

Religiosität und Suizid empfohlen haben, helfen, den individuellen Einfluss und die individuelle Bedeutung der Religiosität in Bezug auf ein Suizidrisiko abzuschätzen:

- Welche Bedeutung hat Religion bzw. Spiritualität für den Klienten und seine Identität?
- Welche Rolle haben Religiosität bzw. Spiritualität während früherer Stress- und Belastungszeiten gespielt?
- Wie wird der Suizid in der Religion des Klienten konzeptualisiert und wahrgenommen?
- Welchen Wert hätte eine Verstärkung der Religiosität oder der religiösen Beteiligung für den Klienten?

Literatur

- Blazer D (2007) Spirituality, depression and suicide: a cross-cultural perspective. *South Med J* 100(7):735–736
- Colucci E, Martin G (2008) Religion and spirituality along the suicidal path. *Suicide Life Threat Behav* 38(2):229–244
- Durkheim É (2000) Der Selbstmord (Übers Herkommer S, Herkommer M). Bibliothèque de philosophie contemporaine, Bd 8. G. Baillière & C, Paris, S 462 (franz. Erstveröff. 1897)
- Dervic K, Oquendo MA, Grunebaum MF et al (2004) Religious affiliation and suicide attempt. *Am J Psychiatry* 161:2303–2308
- Dervic K, Grunebaum MF, Burke AK et al (2006) Protective factors against suicidal behavior in depressed adults reporting childhood abuse. *J Nerv Mental Dis* 194(12):971–974
- Ebertz MN (2007) Je älter, desto frömmere? Befunde zur Religiosität der älteren Generation. In: Bertelsmann Stiftung (Hrsg), *Religionsmonitor 2008*. Gütersloher Verlagshaus, S 54–63
- Gearing RE, Lizardi D (2009) Religion and suicide. *J Relig Health* 48:332–341
- GESIS, Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (2010) ALLBUScompact, Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften. GESIS, Köln, Deutschland, ZA4611 Datenfile Vers. 1.1.0 (2011-07-25) Doi 10.4232/1.10762
- Grom B (2000) Suizidalität und Religiosität. In: Wolfersdorf M, Franke C (Hrsg), *Suizidforschung und Suizidprävention am Ende des 20. Jahrhunderts: Theologische, epidemiologische, ökonomische, therapeutische Aspekte*. Beiträge der DGS-Jahrestagung vom 08.-10.10.1999 in Bayreuth. Roderer, Regensburg, S 19–35
- Huguelet P, Mohr S, Jung V et al (2007) Effect of religion on suicide attempts in outpatients with schizophrenia or schizo-affective disorders compared with inpatients with non-psychotic disorders. *Europ Psychiatry* 22:188–194
- Koch HJ (2005) Suicides and suicide ideation in the Bible: an empirical survey. *Acta Psychiatr Scand* 112:167–172
- Koch HJ (2012) Über Suizide und suizidale Syndrome in der Heiligen Schrift. *NeuroGeriatric* 9(2):79–85
- Koenig HG (2001) Religion and medicine II: Religion, mental health, and related behaviors. *Int J Psychiatry Med* 31(1):97–109
- Lizardi D, Dervic K, Grunebaum MF et al (2008) The role of moral objections to suicide in the assessment of suicidal patients. *J Psychiatr Res* 42:815–821
- McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W (2003) Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally ill cancer patients. *Lancet* 361:1603–1607
- Mohr S, Brandt P-Y, Borras L et al (2006) Toward an integration of spirituality and religiousness into the psychosocial dimension of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 163(11):1952–1959
- Nisbet PA, Duberstein PR, Conwell Y, Seydlitz L (2000) The effect of participation in religious activities on suicide versus natural death in adults 50 and older. *J Nerv Ment Dis* 188(8):543–546
- Pargament KL, Ano GG (2004) Empirical advances in the psychology of religion and coping. In: Schaie KW, Krause N, Booth A (Hrsg) *Religious influences on health and well-being in the elderly*. Springer, New York, S 69–95
- Pescosolido BA, Georgianna S (1989) Durkheim, suicide, and religion: Toward a network theory of suicide. *Am Sociol Rev* 54:33–48
- Peteet J (2007) Suicide and spirituality: a clinical perspective. *South Med J* 100(7):752–754
- Pritchard C, Baldwin D (2000) Effects of age and gender on elderly suicide rates in catholic and orthodox countries: an inadvertent neglect? *Int J Geriatr Psychiatry* 15:904–910
- Schneider B, Sperling U, Wedler H für die AG Alte Menschen im Nationalen Suizidpräventionsprogramm (2011) *Suizidalität im Alter*. Mabuse, Frankfurt/M

- Sorri H, Henriksson M, Lönnqvist J (1996) Religiosity and suicide: findings from a nation-wide psychological autopsy study. *Crisis* 17(3):123–127
- Spoerri A, Zwahlen M, Bopp M et al (2010) Religion and assisted and non-assisted suicide in Switzerland: National Cohort Study. *Int J Epidemiol* 39:1486–1494
- Stack S, Lester D (1991) The effect of religion on suicide ideation. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 26:168–170
- Ventegodt S, Merrick J (2002) Suicide from a holistic point of view. *ScientificWorldJournal* 5:759–766
- Walker RL, Bishop S (2005) Examining a model of the relation between religiosity and suicidal ideation in a sample of African American and white college students. *Suicide Life Threat Behav* 35(6):630–639
- Weaver AJ, Koenig HG (1996) Elderly suicide, mental health professionals, and the clergy: a need for clinical collaboration, training and research. *Death Stud* 20:495–508

Gesellschaftspolitische Aspekte der Suizidprävention im Alter

Norbert Erlemeier, Martin Teising, Reinhard Lindner

- 15.1 Einleitung – 172**
- 15.2 Stellenwert in Gesundheits- und
Präventionspolitik – 172**
- 15.3 Rezeption in den Medien – 173**
 - 15.3.1 Printmedien – 173
 - 15.3.2 Rundfunk- und Fernsehen – 174
 - 15.3.3 Neue Medien – 174
 - 15.3.4 Literatur, Film und Theater – 175
- 15.4 Fazit und künftige Entwicklungen – 175**
 - Literatur – 177**

15.1 Einleitung

Die erhöhte Suizidgefährdung alter Menschen ist kein Thema, das die gesellschaftliche Öffentlichkeit und Politikverantwortlichen nachhaltig beschäftigt. Andere gesellschaftliche Probleme, die die Absicherung, Unterstützung und Versorgung alter Menschen, hier besonders der Hochaltrigen und Pflegebedürftigen betreffen, schieben sich fortwährend in den Vordergrund gesellschaftlicher Diskussion, medialer Beachtung und politischen Handelns. Verglichen mit den augenfälligen Auswirkungen der demografischen Alterung erscheint die Suizidgefährdung im Alter als marginales Problem. Zudem ist in der Gesundheitspolitik nicht übersehen worden, dass die Suizidzahlen insgesamt seit Jahren rückläufig sind, während z. B. die Zahl der Demenzkranken in Zukunft ansteigen wird. Die Folge davon ist, dass die Suizidprävention im Alter gesundheitspolitisch eher wenig Unterstützung findet und in der Präventionspolitik von Bund, Ländern und Gemeinden als Leitmotiv und Headline selten erscheint. Diese richtet sich in der Regel auf die Vorbeugung anderer gesundheitlicher Risiken, somatischer und psychischer Erkrankungen und ihrer Folgeerscheinungen. Hinzu kommt die weitgehend geteilte Einstellung, dass die Selbsttötung nicht strafbar ist. Der gesellschaftspolitische Diskurs befasst sich mit dem Suizid sowohl als Freiheitsrecht des Einzelnen als auch mit der ethisch-moralischen Ablehnung des Suizids, da sich die Freiheit (auch zum Suizid) nicht gegen ihre Bedingung, nämlich das Am-Leben-Sein richten dürfe. Dies hat Auswirkungen auf die Beurteilung der Hilfe zum Suizid. Politik und Gesetzgebung treten allerdings erst dann auf den Plan, wenn Fremdingteressen im Spiel sind, um die Entscheidung zum Suizid oder zur Suizidbeihilfe zu beeinflussen oder zu fördern.

15.2 Stellenwert in Gesundheits- und Präventionspolitik

Versucht man den Stellenwert von Suizidalität und Suizidprävention im Alter in der Gesundheitspolitik von Bund und Ländern zu verorten, kommt man zu einem eher ernüchternden Ergebnis. Auf Bundesebene sind es v. a. die Berichte der Bundesregierung zur Lage der älteren Generation, die, nach Schwerpunkten ausgerichtet, detailliert Auskunft geben über den aktuellen Stand gerontologischer Wissensbestände, über akute Problemlagen in der Altenbevölkerung und ihre Lösungsansätze. In den bisherigen 6 vorliegenden Altenberichten gibt es wenig Verweise auf Suizidgefährdung und Suizidprävention im Alter. Nur in einem Altenbericht (BFSFJ 2002) wird explizit im Kapitel »Psychische Erkrankungen« kurz auf »suizidales Verhalten« eingegangen. Ähnlich marginal behandelt wird die Alterssuizidalität in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes »Gesundheit und Krankheit im Alter« (Böhm et al. 2009). Insgesamt spielt dieses Thema auf der gesundheitspolitischen Agenda der Bundesregierung eine untergeordnete Rolle. Allerdings beteiligen sich zwei Bundesministerien (Bundesministerium für Gesundheit; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) ideell und auch finanziell an der Durchführung von Tagungen und der Herausgabe von Informationsschriften. Darauf kann u. U. aufgebaut werden, auch wenn die Bereitschaft des Bundes, sich über das bisherige Maß für die Suizidprävention im Alter zu engagieren, nicht zu erkennen ist.

Auf Länderebene sieht es ähnlich aus. Ein positives Beispiel für eine politische Initiative, den Alterssuizid und dessen Prävention auf die Agenda des Landtags zu setzen, lieferten Landtagsabgeordnete in Niedersachsen. Aufgrund ihres Antrags fasste der Landtag im Februar 2011 einen Beschluss zum »Suizid im Alter – beraten, aufklären, Kompetenzen stärken«, der im politischen Gerangel weitgehend abgeschwächt wurde (Niedersächsischer Landtag 2011). Übrig blieb die Bitte des Landtags an die Landesregierung, in Punkten tätig zu werden, die eigent-

lich schon bekannte Forderungen enthielten, z. B. Verbesserungen in den Netzwerkstrukturen von bereits bestehenden Beratungs- und Behandlungsangeboten sowie in der Fortbildung des professionellen Personals herbeizuführen. Ein spezifisches Landesprogramm zur Früherkennung und Prävention des Alterssuizids konnte im Landtag und bei der Landesregierung nicht durchgesetzt werden. Zumindest haben sich am Beispiel Niedersachsens politisch verantwortliche Gremien und Personen über Parteigrenzen hinweg einmal gezielt mit der Alterssuizidthematik auseinandergesetzt. In Nordrhein-Westfalen wurde von 2011–2014 mit Mitteln der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW ein Projekt zur Krisenbewältigung und Suizidprävention im Alter gefördert, das die Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe federführend plante und durchführte. Im Zentrum stand die Entwicklung und Erprobung niederschwelliger Beratungs- und Hilfsangebote an 3 strukturell unterschiedlichen Standorten (Diakonie RWL 2014).

Weiter muss nach dem Zusammenhang zwischen soziostrukturellen und -ökonomischen Bedingungen eines Landes und dem Suizidrisiko in der Altenbevölkerung gefragt werden. Welche Rolle spielen Funktion und Qualität des staatlichen Wohlfahrts- und Gesundheitssystems? Auf diese Frage gibt es keine einfache und eindeutige Antwort.

Das Nationale Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro) bemüht sich seit Jahren darum, auf Bundes- und Landesebene Verbündete zur Verbesserung der Suizidprävention zu gewinnen.

➤ **Die Auswertung vorliegender Studien spricht dafür, dass die Verbesserung der Gesundheitsversorgung für alte Menschen mit einem Rückgang der Suizidraten insbesondere bei Männern einhergehen kann. Dieses Ergebnis bedarf aber noch weiterer empirischer Absicherung (Innamorati et al. 2009).**

15.3 Rezeption in den Medien

15.3.1 Printmedien

Der Suizid im Alter ist in den letzten Jahren als Thema in den Medien angekommen. Das Interesse daran ist gewachsen. Besonders Printmedien nehmen zwar immer noch gerne den Suizid bekannter Persönlichkeiten zum Anlass, darüber zu berichten, und das nicht immer ohne die bezweckte breite Massenwirkung. Auch wird von manchen Journalisten der Begriff des »Freitods« leichtfertig verwendet, der autonomes Handeln voraussetzt. In den letzten Jahren ist es zu einer verstärkten Zusammenarbeit von Medienvertretern und Experten der Suizidprävention gekommen. In vielen Fällen ist es gelungen, die Berichterstattung über Suizide zu überdenken und zu versachlichen. In von Experten der Suizidprävention mit Medienvertretern abgestimmten Empfehlungen zur Berichterstattung über Suizid, die sich an Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO 2008) und der Internationalen Assoziation für Suizidprävention (IASP) anlehnen, heißt es:

- » Suizidprävention kann sein, wenn z. B. berichtet wird:
- Ein Suizid ist immer ein Zeichen für psychische Probleme.
 - Über Hintergründe der Suizidgefährdung und Möglichkeiten der Hilfe.
 - Über Warnsignale und Risikofaktoren und über konkrete überregionale und regionale Hilfsangebote.
 - Ein einfühlsames Eingehen auf die Angehörigen und ihre Trauer.

Zu erwähnen ist auch die Öffentlichkeitswirkung des Welt-Suizid-Präventions-Tages, der jährlich am 10. September weltweit ausgerufen wird. In vielen Städten in Deutschland finden rund um diesen Tag Gottesdienste, Veranstaltungen, Infostände und Präsentationen der Organisationen und Gruppen statt, die sich der Krisenhilfe und Suizidprävention verpflichtet fühlen. Auch die Suizidgefährdung alter Menschen kommt zur Sprache, wenn z. B. auf die größere Toleranz dem Suizid alter Menschen gegenüber in der Öffentlichkeit hingewiesen wird. Solche Tage können zur Enttabuisierung des Umgangs mit Suizid beitragen und weitere Informationsveranstaltungen anstoßen.

15.3.2 Rundfunk- und Fernsehen

Aber nicht nur die Printmedien haben sich vermehrt des Themas angenommen, sondern auch Rundfunk- und Fernsehanstalten greifen in den letzten Jahren den Alterssuizid in Experteninterviews und Fernsehformaten auf. Als Beispiel wird auf die Fernsehdokumentation von Tina Soliman verwiesen, die am 17.6.2009 in der ARD ausgestrahlt wurde. Sie trug die Überschrift »Ich will sterben – Wenn alte Menschen sich umbringen«.

Tragen die Medien durch die Art ihrer Berichterstattung zur Verstärkung des Suizidrisikos in besonders anfälligen Gruppen der Gesellschaft bei (»Werther-Effekt«) oder können sie selbst mit ihren Mitteln suizidpräventiv in die Gesellschaft hinein wirken (»Papageno-Effekt«)? Im Gesamtkonzept der Suizidprävention übernehmen Medien mit ihrer Berichterstattung eine nicht zu unterschätzende Aufgabe und Verantwortung.

➤ **Sisask u. Värnik (2012)** legten eine Analyse der Forschungsliteratur zur Rolle der Medien in der Suizidprävention vor und kamen zu dem Ergebnis, dass die Art, wie Medien über Suizidfälle berichten, einen Einfluss auf das aktuelle Suizidgeschehen ausübt.

Nicht klar ist aufgrund der Forschungslage zu entscheiden, ob die Medien eher einen negativen oder positiven Effekt auf Suizidprävention zeitigen. Anfällig für Medieneinflüsse im Sinne der Modellwirkung scheinen besonders Personen zu sein, die in demografischen Merkmalen Ähnlichkeit mit der Person aufweisen, die sich tötete. Studien sprechen dafür, dass junge und alte Menschen anfälliger für die ansteckende Wirkung von Medienberichten über Suizide sind als mittlere Altersgruppen.

Einen Überblick über die Forschungslage zum Thema »Medien und Suizide« gibt Scherr (2013)

15.3.3 Neue Medien

Die neuen Medien, insbesondere das Internet, haben das Spektrum der Kommunikation weltweit enorm erweitert. Eine neue Ethik zur Nutzung dieser Medien und Bewertung ihrer Wirkungen lässt sich bisher aber nicht erkennen. Das gilt auch für die Präsenz der Suizidproblematik und des Umgangs mit ihr im Kommunikationsraum Internet. Es gibt Hinweise, dass das Internet neben seinen Anreizen zur Anstiftung von Suizidhandlungen auch suizidpräventive Effekte haben kann (Eichenberg 2010; Wolfersdorf u. Etzersdorfer 2011).

Über die Internetnutzung und dort eingerichtete **Suizidforen** jüngerer Altersgruppen ist in den letzten Jahren geforscht und publiziert worden. Inwieweit alte Menschen Gegenstand

solcher Untersuchungen waren, ist nicht bekannt. Sehr wohl untersucht wurden Art und Umfang der Mediennutzung alter Menschen (BMFSFJ 2010, S. 146 ff). Die klassischen Medien wie Radio und Fernsehen stehen in der Gunst alter Menschen noch an oberster Stelle, gefolgt von der Tageszeitung. Das Internet spielt im Vergleich zu den Leitmedien noch eine untergeordnete Rolle. Vergleicht man allerdings die Häufigkeit der Internetnutzung im Zeitverlauf, so vollzieht sich auch bei den 60-Jährigen und älteren ein »Medienumbruch«. Sie ist in den letzten Jahren stark angewachsen. 2010 waren 54 % der 60–69-Jährigen »online«, bei den über 70-Jährigen dagegen, wie zu erwarten, nur 23 % (Born 2012). Insgesamt erfolgt dieser Anstieg jedoch langsamer und auf niedrigerem Niveau als bei Jüngeren. Die Zuwächse sind auch nicht geschlechtsneutral, sondern Männer sind daran überproportional beteiligt. Noch gibt es die »digitale Spaltung« nicht nur zwischen Alters- und Geschlechtsgruppen, sondern auch zwischen Bildungs- und Sozialschichten. Die »jungen Alten« nutzen die Möglichkeiten des Internets wie Foren und Chats extensiv und bewegen sich in sozialen Netzwerken. Es gibt eigene **Seniorenplattformen** sowie diverse Einführungen und Kursangebote für Ältere, sich mit der Internetnutzung vertraut zu machen. Künftige Alterskohorten, gerade auch über 70-Jährige, werden mit Sicherheit kompetent mit dem Internet umgehen können, auf diesem Wege Kontakte knüpfen und pflegen, aber auch leichter erreichbar sein. Das gilt besonders für allein lebende, körperlich eingeschränkte alte Menschen.

- **Es gibt heute schon Anzeichen dafür, dass alte Menschen das Internet nicht nur als Kontakt- und Kommunikationsmittel verwenden, sondern auch, um Rat in verschiedenen Lebensangelegenheiten einzuholen. Für Krisenhilfe und Suizidprävention bietet sich dadurch die Chance, barrierefreier und rascher alte Menschen in schwierigen Lebenslagen zu erreichen.**

15.3.4 Literatur, Film und Theater

Wenn das Spektrum der Medien in Betracht gezogen wird, das das gesamte Kulturschaffen einer Gesellschaft umfasst, stellt sich auch die Frage nach der Präsenz und Bearbeitung des Alterssuizids in Literatur, Film und Theater. Hier können nur einige Hinweise gegeben werden. Literarisch bearbeitet wurde das Thema in neuerer Zeit z. B. von Peter Handke in »Wunschloses Unglück«, Adolf Muschg in »Sutters Glück« und Johanna Adorjan »Eine exklusive Liebe«. Bei Handke geht es um den Suizid seiner Mutter. Bei Muschg handelt es sich um einen älteren Mann, dessen Frau gestorben ist. Bei Adorjan geht ein altes Ehepaar gemeinsam in den Tod. Die Lebenskrise eines alternden Schauspielers, die im Suizid endet, schildert Philipp Roth in seinem Roman *Die Demütigung* (s. auch Wedler 2013). Der Alterssuizid wird exemplarisch zum Gegenstand des Films »Satte Farben vor Schwarz«. Inwieweit diese Werke zur Enttabuisierung des Alterssuizids beitragen oder Menschen dazu bringen, selbst darüber nachzudenken, ist schwer zu sagen.

15.4 Fazit und künftige Entwicklungen

Die Relevanz gesellschaftspolitischer Aspekte für Forschung und Praxis der Suizidprävention im Alter ist nicht zu unterschätzen. Von der Politik ist nicht zu erwarten, dass Lebensverhältnisse so geändert werden, dass Menschen keinen Grund mehr haben, sich in hoffnungslosen Situationen das Leben zu nehmen. Es wäre viel erreicht, wenn die erhöhte Suizidgefährdung alter Menschen

neben all den dominierenden Themen der Vorsorge- und Gesundheitspolitik für alte Menschen in Bund, Ländern und Kommunen ins Bewusstsein der Politik und ihrer Entscheidungsträger gerückt wird und diese dafür zu gewinnen sind, Initiativen und Projekte ideell und auch finanziell zu unterstützen. Gute Beispiele dafür gibt es auf den verschiedenen Ebenen. Die Politik in ihrer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung kann dazu beitragen, dass sich die gesundheitlichen und sozialen Bedingungen für Wohlergehen und Partizipation alter Menschen, besonders der für Altersprobleme besonders anfälligen Gruppen, weiter verbessern. Das ist ein grundlegender Beitrag zur Suizidprävention und letztlich zur Enttabuisierung der Suizidproblematik. Suizidprävention ist dann eine »Sozialinvestition in Lebensqualität« (Schulz-Nieswandt 2002).

Praktisch-wissenschaftlich wurde die Alterssuizidalität bislang fast ausschließlich aus epidemiologischer und psychiatrisch-therapeutischer Sicht behandelt. Andere Disziplinen wie Philosophie und Rechtswissenschaft haben diese Thematik aus ethischer und rechtlicher Perspektive bearbeitet, wieder andere haben sie wie ein Randthema vernachlässigt. Das gilt z. B. weitgehend für die psychologische Gerontologie, die stärker auf ein gesundes und aktives Altern setzt, wenngleich führende Vertreter dieses Fachs auch Verständnis dafür zeigen, dass das Thema des Alterssuizids stärker als bisher beachtet werden sollte.

Wissenschaftliche Fachverbände, die der Suizidforschung nahe stehen, setzen den Alterssuizid auf die Agenda ihrer Kongresse und Tagungen. Es ist zu beobachten, dass das Interesse für diese Thematik in Fachkreisen auf Tagungen und Fortbildungen für Mitarbeiter wächst, die in ihrer Berufspraxis mit der Suizidalität alter Menschen zu tun haben. Das gilt v. a. für die Fort- und Weiterbildung von Angehörigen der Pflegeberufe.

In den Medien entzündet sich die Debatte um Suizid im Alter vornehmlich immer dann, wenn es um den Suizid von Prominenten geht, oder das Thema Suizidbeihilfe und Sterbehilfe implizit den Suizid berührt. Anzumerken ist auch, dass sich die Berichterstattung über den Suizid bei vielen Journalisten versachlicht hat, nicht zuletzt wegen der Beachtung von Empfehlungen, die darauf abzielen, die suizidpräventiven Aspekte mehr in den Vordergrund zu rücken und nicht die Dramatik und näheren Umstände der Suizidhandlung.

Auch die neuen Medien, insbesondere das Internet, bieten in Zukunft alternative Ansprechformen und Wege der Krisenhilfe und Suizidprävention, um v. a. alleinlebende und isolierte alte Menschen in kritischen Lebenssituationen zu erreichen.

Die allgemein immer noch zu konstatierende Randständigkeit der Suizidgefährdung alter Menschen im Wahrnehmungsraster der Politik, von Medien, mancher Wissenschaften und sozialer Praxiseinrichtungen hat auch damit zu tun, dass polarisierende Altersbilder den Blickwinkel auf Altern und Alter entweder negativ oder positiv verzerren, d. h. entweder zur »herzlosen Toleranz« (Wedler 2004) gegenüber dem Suizid als Erlösung von Altersleiden oder zur Abwehr des Suizids als Infragestellung des positiven Altersbildes, das von langem Leben, Selbstbestimmung, Aktivität und Gesunderhaltung geprägt ist, führen.

Von großer Bedeutung sind all die Personen und Aktivitäten, die auf der Ebene des Sozialraums von Kommunen handeln und bei Politikverantwortlichen vor Ort um Anerkennung und Unterstützung kämpfen. Zu denken ist an die große Zahl ehrenamtlicher Helfer, die qualifiziert bei der Telefonseelsorge, in sozialen Organisationen oder Krisenhilfeeinrichtungen mit alten Menschen zu tun haben. Zu denken ist auch an Besuchsdienste im Wohnquartier, Gesprächskreise in Kirchengemeinden und das Engagement in Verbänden und Vereinen. Hier v. a. organisiert und vollzieht sich tätige Hilfe von Bürgern für Bürger in zahlreichen Handlungsfeldern. Es muss auch zunehmend mehr Initiativen geben, die alte Menschen bereits in Lebenskrisen erreichen und begleiten, bevor sich ihre Lebenslage so zuspitzt, dass Gedanken an Suizid oder Suizidbeihilfe unabweisbar werden.

Literatur

- Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T (2009) Gesundheit und Krankheit Im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert-Koch-Institut, Berlin
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2002) Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2010) Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Altersbilder in der Gesellschaft. Berlin
- Born G (2012) Senioren im Web. Internet statt Kaffeekränzchen. ► <http://www.stern.de/digital/online/senioren-im-web-internet-statt-kaffeekraenzchen>
- Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe (Hrsg) (2014) »Etwas Besseres als den Tod ...«. Suizidalität im Alter. Münster
- Eichenberg C (2010) Empirische Befunde zu Seniorenforen im Internet. Suizidprophylaxe 37:67–74
- Innamorati M, Tamburelli A, Lester D et al (2009) Socioeconomic risk factors in the precipitation of suicide in the elderly. Open Geriatr Med J 2:28–33
- Niedersächsischer Landtag, 16. Wahlperiode (2011) Unterrichtung: Suizid im Alter – beraten, aufklären, Kompetenzen stärken. Hannover: Drucksache 16/4048
- Scherr S (2013) Medien und Suizide. Suizidprophylaxe 40:96–107
- Schulz-Nieswandt F (2002) Sozialpolitische Aspekte des Alterssuizids. In: Hirsch RD, Bruder J, Radebold H (Hrsg) Suizidalität im Alter. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie. Bonn, S 29–44
- Sisask M, Värnik A (2012) Media roles in suicide prevention: A systematic review. Int J Environ Res Public Health 9:123–138
- Wedler H (2004) Ethische Aspekte der Suizidalität im Alter. Suizidprophylaxe 31:43–47
- Wedler H (2013) Suizidalität in der Literatur – einige Beispiele. Suizidprophylaxe 40:124–129
- Wolfersdorf M, Etzersdorfer E (2011) Suizid und Suizidprävention. Kohlhammer, Stuttgart
- World Health Organization (WHO), International Association for Suicide Prevention (IASP) (2008) Preventing suicide. A resource for media professionals. Genf

Serviceteil

Anhang – 180

Stichwortverzeichnis – 182

A

B

C

Anhang

■ **Ansprechpartner und Kontaktadressen**

Im Falle akuter Lebenskrisen, zu denen in Zuspitzung auch Suizidneigungen gehören können, gibt es ein breites Spektrum überregionaler, regionaler wie lokaler Ansprechpartner und Kontaktadressen, an die Sie sich wenden können. Es hängt vom jeweiligen Krisenanlass, seiner Dringlichkeit sowie der Versorgungsstruktur und Verfügbarkeit von Hilfeinrichtungen vor Ort ab, welche Einrichtungen und Berufsgruppen (z. B. Ärzte, psychologische Psychotherapeuten, Seelsorger) angesprochen werden können.

■ ■ **Regional und lokal**

Erste Ansprechpartner vor Ort

- Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie vor Ort; sie bieten Institutsambulanzen und ein stationäres Behandlungsangebot
- Telefonseelsorge
Telefon bundesweit (gebührenfrei) 0800-1110111 und 0800-1110222
► <http://www.telefonseelsorge.de>
- Krisenhilfeinrichtungen
► <http://www.suizidprophylaxe.de>
Unter »Hilfsangebote« finden Sie nach Postleitzahlen geordnet die Kontaktadressen der Krisenhilfeinrichtungen in Ihrer Nähe. Die Leistungen der Krisendienste sind kostenfrei.
- Arbeitskreis Leben – Hilfe bei Selbsttötungsgefahr und Lebenskrisen (In Baden-Württemberg)
► <http://www.ak-leben.de>
Unter »regional« finden Sie die Kontaktadressen der AKL-Einrichtungen in Baden-Württemberg. Die Leistungen des AKL sind kostenfrei.

Über das örtliche Telefonbuch, Broschüren, Internetadressen (z. B. »Wegweiser für ältere Menschen und ihre Angehörigen« der Kommunen und Kreise) finden Sie **weitere Anlaufstellen**:

Psychosoziale Einrichtungen

- Gerontopsychiatrische Beratungsstellen
- Ambulante Hospizdienste (► unten)
- Altenberatungsstellen/Seniorenbüros
- Beratungsstellen (Ehe, Familie, Lebensfragen, Sucht)
- Sozialpsychiatrische Dienste

Ärztliche, therapeutische und seelsorgliche Hilfen

- Hausärzte
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie/Nervenheilkunde
- Psychologische Psychotherapeuten
- Seelsorger (unter »Kirchen« im örtlichen Telefonbuch)

Im Notfall

- Notarzt/Rettungsdienst Telefon 112
- Feuerwehr Telefon 112
- Polizei Telefon 110
- Ambulanzen an Kliniken (örtliches Telefonbuch)

Hilfen für Angehörige

- AGUS e. V. – Angehörige um Suizid Tel. 0921/1500380
 - <http://www.agus-selbsthilfe.de>
 - Anlaufstelle für Hinterbliebene nach Suizid
 - <http://www.suizidprophylaxe.de>
- Unter »Hilfsangebote« finden Sie Anlaufstellen nach Bundesländern geordnet.

■ ■ Überregional

- Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfen in Lebenskrisen DGS
DGS-Geschäftsstelle: neuhland e. V, Nikolsburger Platz 6, 10717 Berlin, Tel. 030/417283960
 - <http://www.suizidprophylaxe.de>

Unter »Hilfsangebote« finden Sie nach Postleitzahlen geordnet die Kontaktadressen der Krisenhilfeeinrichtungen in Ihrer Nähe. Die Leistungen der Krisendienste sind kostenfrei.
- Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro)
 - <http://www.suizidpraevention-deutschland.de>

Informationen über Ziele, Basisdaten, Struktur, Organisation, Arbeitsgruppen und Kontaktmöglichkeiten.
- Telefonseelsorge
Telefon bundesweit (gebührenfrei) 0800-1110111 und 0800-1110222
 - <http://www.telefonseelsorge.de>
- Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V.
 - <http://www.dhvpv.de>

Unter »Service – Hospizadressen« finden Sie die Kontaktadressen der Hospize.
- Deutsche Stiftung Patientenschutz für Schwerstkranke, Pflegebedürftige und Sterbende
 - <http://www.hospize.de>

Beratung, Prüfung und Registrierung von Vorsorgedokumenten/Patientenverfügungen.
Telefonische Beratung: 0231/738073-0, 030/2844484-0 oder 089/202081-0

Stichwortverzeichnis

A

Abschiedsbrief 112, 146
 Abstinenz, therapeutische 83
 Adaptationsfähigkeit 41
 ADL (Activities of Daily Living) 11
 affektive Psychose 25
 affektive Störung 37
 aktive Sterbehilfe 141, 149
 akute Suizidalität 92
 Akutkrankenhaus
 – Alterspatienten 118
 Alkoholabhängigkeit 37
 Alkoholmissbrauch 37
 Altenpflegeheim 112
 – Suizidalität 115
 Altern 4, 5
 – differenzielles 5
 Altern, gelingendes 6, 71
 Alternsprozess
 – Risiken 14
 Altersarmut 42
 Altersbild 4, 9, 53, 176
 Altersinvarianzparadox 41
 Altersstation, geriatrische 96
 Alterssuizid
 – Akzeptanz 140
 – Medien 174
 Alterssurvey für Deutschland 6
 Altersveränderung 7
 – physiologische 10
 Altes Testament 160
 Ambivalenz 64, 139
 Angehöriger
 – Beratung 69
 – Schuldgefühl 87
 – Selbstvorwurf 87
 – Unterstützung 106
 Angst- und Anpassungsstörung 38
 Anpassungsleistung, positive 7
 Ansprechpartner 84, 92, 180
 Antidepressivum 94
 Antidepressivum, trizyklisches 94

B

Balint-Gruppe 86
 Behandlungskonzept im Team 127
 Behandlungsteam 127
 Beihilfe zum Suizid 141, 149, 151

Benzodiazepin 94
 Berliner Altersstudie (BASE) 6, 10
 betreutes Wohnen 114
 Betreuungsgericht 146
 Bilanzsuizid 43, 126
 Bluthochdruck 11

C

Checkliste
 – Teamarbeit 129
 chronische Erkrankung 10, 112
 chronischer Schmerz 52
 Citalopram 94
 Copingstrategie, religiöse 164
 corporate identity 127

D

Dauerpflege, vollstationäre 114
 Defizitmodell des Alterns 4
 Demenz 36, 76, 114
 – Recht auf Selbstbestimmung 137
 demografische Alterung 172
 demografische Entwicklung 68
 demografischer Alterungsprozess 53
 demografischer Wandel 8, 26, 112, 118
 Depression 52, 60, 61
 – Besonderheiten im Alter 12
 – Religion als Schutzfaktor 163
 Depressionsscreening 71
 Depressionssymptomatik, männliche 60
 depressive Störung 37
 – Diagnostik 62, 70
 – Erkennensrate 61
 Diagnostik 60, 65, 81, 95, 129
 Diagnostik, psychiatrische 78, 96
 differenzielles Altern 5
 Dokumentation 127
 Doppelsuizid 23
 drittes Lebensalter 5, 17
 Dunkelziffer
 – durch Tabuisierung 161

E

Einsamkeit 13, 29, 41, 54, 71
 – Prävention 127
 Einstellung zum Suizid 126
 Enttabuisierung 174
 Epidemiologie 68
 Erkrankung, chronische
 – Häufigkeit 11

F

Fallkonferenz 128, 130
 familiales Versorgungssystem 166
 Familienstand 27
 freie Selbstbestimmung 134, 137
 freier Wille 134, 146
 funktionale Gesundheit 11
 Fürsorgepflicht 141
 Fürsorgeverpflichtung 137

G

Gatekeeper-Training 70
 Gedenktagsuizid 23
 Gegenübertragung 62, 81, 125
 geistige Fähigkeit 78
 Geriatric Depression Scale (GDS) 70
 Geriatrieeinrichtung, stationäre
 – Suizidalität 119
 Geriatrische Depressionsskala 62
 geriatrische Versorgung
 – von Alterspatienten 118
 Gerontophobie 126
 gerontopsychiatrische Versorgung
 – stationäre 118
 Geroprophylaxe, allgemeine 17
 Gesamtbehandlungskonzept 127
 Gespräch 129
 – bei akuter Suizidalität 93
 Gesprächsführung 61
 – Wertschätzung 80
 Gesundheit
 – im Alter 10
 Gesundheit, funktionale 11
 Gottesbild 166

H

Hausarzt 25, 65, 85, 92
 Heimbewohner
 – suizidale Gefährdung 114
 Herz-Kreislauf-Erkrankung
 – Todesursache im Alter 11
 Hilfesuchverhalten, fehlendes 55
 Hilfsverpflichtung 146
 Hinterbliebene
 – Einzelpsychotherapie 106
 – Selbsthilfegruppe 107
 – Trauerprozess 108, 165
 – Unterstützung 106, 107
 Hochaltrige 113, 118, 172
 – im Pflegeheim 116
 Hochaltrigkeit 5, 9
 Hochbetagte 69, 78, 92, 112
 Hoffnungslosigkeit 163
 holistisch-medizinische Intervention 164
 Humor 41

I

IADL (Instrumental Activities of Daily Living) 11
 Imitationssuizid 87
 Immigration 39
 indirekt selbstdestruktive Verhaltensweisen 116
 Institutionalisierung 53
 Internet
 – Seniorenplattform 175
 – Suizidforum 174
 Isolation 28
 Isolierung 51

K

Kirchengemeinde
 – präventive Rolle 163
 Kliniksuizid 120
 kognitive Funktion 78
 kognitive Plastizität 12
 Kohärenzgefühl 41
 Komorbidität 38
 Kompetenzmodell des Alterns 4
 Konfliktlösung 81
 Konsil-/Liaisondienst 96
 Kontaktadressen 180
 körperliche Einschränkung 96, 99
 körperliche Erkrankung 38, 52

körperliche Erkrankung von Alterspatienten
 – im Akutkrankenhaus 118
 Krankenhaus
 – Suizidalität von Patienten 119
 Krebserkrankung
 – Todesursache im Alter 11
 Krisen- und Wachstumsmodell 7
 Krisengespräch 80, 93
 Krisenhelfer 80, 82
 – Qualifikation 88
 Krisenhilfsdienst 88
 Krisenintervention 15
 – am Lebensende 140
 – Angst des Helfers 85
 – Beziehungsgestaltung 82
 – Definition 76
 – Differenzialdiagnostik 86
 – Einrichtungen 15
 – elektronische Medien 76
 – Erstkontakt 86
 – Familiensitzung 84
 – nach Suizid 87
 – Psychopharmaka 85
 – Supervision 86
 – Voraussetzung 76
 Kriseninterventionszentrum 84
 kritisches Lebensereignis 12, 14
 künstliche Ernährung
 – Einstellung 153

L

Lebensende
 – Patientenwünsche 140
 Lebensereignis, kritisches 12, 14
 Lebenserhaltung
 – Prinzip der 137
 Lebensqualität 5
 Lebensschutz 137
 Lebenszufriedenheit 6
 Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention 130
 Lithium 94

M

Major Depression 92
 Männerdepression 60
 Mördersuizid 60
 männliches Geschlecht 39
 Medien 174
 Medikament 78

Meditation 165
 menschliche Würde 135
 Mitnahmesuizid 23
 Mobilitätsdefizit 11
 Modell der Entwicklungsaufgaben 7
 Modell der selektiven Optimierung mit Kompensation 8
 Modell der sozioemotionalen Selektivität 28
 Modell des sozialen Konvois 28
 Morbidität, erhöhte 10
 Multimorbidität 10

N

Netzwerk, innerfamiliäres 13
 Netzwerk, soziales 13
 Neues Testament 160
 Neuroleptikum, niederpotentes 94
 nichtdirektive Gesprächstechnik 81
 Notfallseelsorger 88
 Nurses Global Assessment of Suicide Risk-Skala (NGASR) 130

P

palliative Sedierung 142
 Patientenverfügung 138, 142, 146, 148, 153
 Patientenwillen 142
 Persönlichkeitsstörung 38
 Persönlichkeitsveränderung 12
 Pflegebedürftigkeit 114
 Pflegeeinrichtung, stationäre
 – Bewohnerprofil 113
 – Qualitätsprüfung 114
 Pflegeeinrichtungen
 – in den Medien 112
 Pflegeheim 112
 – Anpassung 113
 – ärztliche Versorgung 115
 – Beschäftigte 114
 Plastizität, kognitive 12
 positive Psychologie 41
 Postvention für Hinterbliebene 106
 Potenzial des Alters 16
 präsuizidales Syndrom (Ringel) 63
 Prävention 55
 psychiatrische Erkrankung 49, 68, 92
 psychiatrische Klinik
 – Indikation zur Einweisung 85

psychiatrische Störung

- freie Selbstbestimmungsfähigkeit 139
- psychische Erkrankung 36, 51, 68, 85, 95
- freie Selbstbestimmungsfähigkeit 150
- psychische Störung 138
- psychischen Störung
 - im Alter 12
- psychoanalytischer Ansatz 48
- psychologische Autopsie 36
- psychologische Gerontologie 176
- Psychopharmaka 85, 94
- psychosoziale Situation 77

Q

- Qualitätssicherungszirkel 129

R

- Regression 49
- Religion 41
- religiöse Einstellung 41
- Religiosität
 - Risikofaktor 165
 - Schutzfaktor 162
 - Verbreitung 161
- Resignation 79
- Resilienz 7, 71
- Ressource 6, 14, 41
 - Religion 164
- Ressource, persönliche 17
- Ressourcen 79
- Risikofaktor 63
 - affektive Störung 37
 - Alkoholmissbrauch 37
 - Angststörung 38
 - Definition 36
 - Demenz 36
 - früherer Suizidversuch 39
 - im Team 124
 - Immigration 39
 - körperliche Erkrankung 38
 - männliches Geschlecht 39
 - Persönlichkeitsstörung 38
 - Schizophrenie 37
- Risikoliste 63
- Risikoverhalten
 - Einfluss der Religion 163
- Ritual, religiöses 165
- Rollen Vorbild 42

S

- Schizophrenie 25, 37, 166
- Schmerz, chronischer 52
- Schmerzen 96
- Schutzfaktor 43
 - äußerer 40
 - innerer 40
 - Religion 41
- schwacher Paternalismus 138, 148
- Screening-Instrument
 - Geriatrische Depressionsskala 62
- Sedierung, palliative 142
- Seelsorger
 - Hilfe für Hinterbliebene 106
- Selbstbestimmung, freie 134
- Selbstbestimmungsfähigkeit 138
- Selbstbestimmungsrecht 141
- Selbstbestimmungsunfähigkeit 147
- Selbsterhaltungstrieb 135
- Selbsthilfe 79
- Selbsthilfegruppe
 - für Hinterbliebene 107
- selbstschädigendes Verhalten, indirektes 60
- Selbststigmatisierung 108
- Singularisierung
 - des Alters 32
- Sondenernährung 153
- soziale Beziehungen 13
- soziale Isolation 28
- sozialer Dienst
 - ambulanter 32
- soziales Netzwerk 27, 30, 42, 54, 162, 164, 175
- Spiritualität 41
- spirituelle Dimension
 - Prävention 164
- stationär-psychiatrische Behandlung 92
- Sterbebegleitung 149
- Sterbeerleichterung 149
- Sterbehilfe 54, 140, 151
- Sterbehilfe, aktive 141
- Sterbewunsch
 - am Lebensende 140
- Stigmatisierung von Suizidenten 108
- Störung, affektive 95
- Strukturwandel
 - des Alters 8
- Suchterkrankung 37
- suicidal ideation 120
- Suizid
 - Ablehnung von Maßnahmen 146
 - biblische Belege 160
 - Bilanzziehung 54
 - eines Angehörigen 108
 - eines Kindes 106
 - Enttabuisierung 174
 - im Alter 140
 - moralische Ablehnung 162
 - moralische Wertung 134
- Suizid im Alter
 - Medien 173
- Suizid im Krankenhaus 100
- Suizid, erweiterter 85
- suizidale Entwicklung 120
- suizidale Handlung
 - Häufigkeit 22
- suizidale Handlung, indirekte 22
- suizidaler Handlungsdruck 64
- Suizidalität
 - Akuität 63
 - älterer Männer 31
 - am Lebensende 140
 - Diagnostik 60
 - Einschätzung 63
 - gerontopsychiatrische Patienten 120
 - Gesprächsführung 61
 - multikausale Entstehung 31
 - Persönlichkeitsmerkmal 53
 - Risikofaktoren 31
 - soziale Beziehungen 29
 - Stadien nach Pödlinger 63
 - Umweltbedingung 53
- Suizidalität, akute 92, 93
- Suizidalität, dranghafte 94
- Suizidassistent 142
- Suizidassistent, ärztliche 149
- Suizidbeihilfe 141
- Suizidforum
 - im Internet 174
- Suizidgedanke 22, 25, 65, 68
 - im Alter 120
- Suizidgefährdung
 - Hilfe 88
 - im Team 124
- Suizidgefährdung, akute 64
- Suizidhandlung
 - Freiverantwortlichkeit 146
 - mangelnde Freiverantwortlichkeit 147
- Suizidimpuls 64
- Suizidkonferenz 129
- Suizidmethode 23
- Suizidprävention 69, 120, 134, 176
 - am Lebensende 140
 - ethische Berechtigung 137
 - evidenzbasierte Strategien 71
 - in Alteinrichtungen 121
 - Kirchengemeinde 163

Stichwortverzeichnis

- Medien 173, 174
- moralische Berechtigung 136
- Suizidprävention im Alter 15
- Suizidrate 68, 71
 - Altenpflegeheim 116
 - Ärzte und Pflegeberufler 124
 - Männer 60
- Suizidrate im Alter 22
- Suizidrisiko
 - Hinterbliebener 165
 - körperliche Erkrankung 38
 - psychische Erkrankung 36
 - Suchterkrankung 37
- Suizidversuch 64
 - Häufigkeit 24
 - Methoden 25
 - Motiv 25
 - Vorurteile 125
- Suizidversuch, früherer 39
- Suizidziffer 22
- Supervision 127

T

- Tabuisierung 161
- Team 93
- Teamarbeit 124
- Testdiagnostik 62
- Theorie der religiösen Bindung 162
- therapeutisches Milieu 93, 126
- Therapieplan 128
- Tod
 - Einstellung 54
- Todestruer, antizipierte 82
- Todeswunsch 61
 - im Alter 120
 - im Pflegeheim 113
- Tötung auf Verlangen 150, 152
- Tötungsverbot, biblisches 136
- transaktionales (multifaktorielles) Erklärungsmodell 51
- Trauer 82
- Trauerarbeit 165
- Trauerprozess
 - Hinterbliebene 108, 165
- Trauerreaktion, komplizierte 107
- Trennung 98
- Trennungserfahrung 49

U

- Übertragung 62, 81, 83
- Übertragung, alterstypische 125

- Umfeld, familiäres 53
- Umwelt
 - Reaktion 50
- Unterbringung
 - eines Betreuten 147, 149
- Unterbringung, zwangsweise 148
- Unterbringungsgesetz 148
- Unterlassung einer Behandlung 152
- Unterstützungspotenzial
 - emotionales 30
 - kognitives 30

V

- Verarbeitungskapazitäten
 - subjektive 5
- verhaltenstheoretisches Modell 50
- verhaltenstherapeutische Perspektive 98, 100
- Verletzbarkeit Älterer 49
- Verlust 4, 70
 - sozialer Ressourcen 14
- Verlust eines Angehörigen
 - durch Suizid 106
- Verlust von Autonomie 96
- viertes Lebensalter 5, 17
- vollstationäre Dauerpflege 114
- Vorsorgevollmacht 147
- Vorurteil
 - nach Suizidversuch 125

W

- Wahn 37, 64, 86, 92, 150
- Wahn, religiöser 166
- Welt-Suizid-Präventions-Tag 174
- Werther-Effekt
 - Medien 174
- Wohlbefinden, subjektives 6

Z

- Zufriedenheitsparadox 7
- Zwangsbehandlung
 - Patientenverfügung 148
- Zwangsmaßnahme, ärztliche 147
- zwangsweise Unterbringung 148