Suizid im Alter

Von allen Todesursachen bewegen die Gemüter in der breiten Öffentlichkeit vor allem der Tod infolge einer unheilbaren Krankheit (Krebs) und der Selbstmord. Hier ist es mein Anliegen, mich etwas näher mit dem Selbstmord zu befassen. Beim Selbstmord geht es um eine Handlung, die in der Vergangenheit mit dem Makel des Unerlaubten belegt war. Um dieser Handlung diese Schärfe zu nehmen, wählen Menschen gern Formulierungen, die entweder das Wesen des Selbstmordes verharmlosen (Freitod) oder verstecken (Suizid).

Dies wird begünstigt dadurch, dass der moderne Mensch den Tod als einen untrennbaren Bestandteil des Lebens versteht, gelegentlich sogar als einen Freund. Wie wenig dies jedoch der Fall ist, geht daraus hervor, dass wir Menschen immer noch und immer wieder fassungslos vor dem Tod stehen. Ob es sich um kleine Kinder handelt, junge Menschen oder Menschen in der Blüte ihres Lebens. Ob die Ursachen Katastrophen oder Unfälle sind. Die gesamte Medizin macht deutlich, wie fremd er dem Leben ist. Warum sonst wohl bemühen wir uns unentwegt, dem Tod ein Stückchen Zeit abzugewinnen?

Nichts nimmt ihm etwas von seiner Schärfe und Endgültigkeit, seinem Schrecken, dem mit ihm verbundenen Leid. Trotz aller Bemühungen haben wir ihn nicht in den Griff bekommen. Mal reißt er uns plötzlich mitten aus dem Leben durch einen Unfall, eine Katastrophe, einen Anschlag. Ein andermal sind wir darauf vorbereitet, ereilt er uns nach langer, schwerer Krankheit oder wenn wir alt und lebenssatt geworden sind. Seit alters kennen wir auch die Entscheidung eines Menschen, den Tod selbst herbei zu führen (Selbstmord, Freitod, Selbsttötung, Suizid). Gerade diese Art des Todes löst nach wie vor auf breiter Ebene meist Unverständnis aus.

Im Vergleich aller Todesursachen nimmt der Suizid von seiner Häufigkeit her in allen Lebensphasen eine untergeordnete Stellung ein. Gleichwohl erfährt er in der Öffentlichkeit eine sehr hohe Beachtung. Mit ihm verbinden sich Fragen nach dem „Warum“. Was bringt einen Menschen so weit, seinem Leben selbst ein Ende zu setzen?

Nicht unbedeutend scheint mir in diesem Zusammenhang die Lebenstheorie zu sein.

Ein Mensch, der sich an einen liebenden Gott gebunden fühlt, hat weniger Verlangen, seinem Leben selbst ein Ende zu setzen als jener, der sich mit der Urknalltheorie (Evolution) identifiziert. Der Eine weiß sich geborgen, ist von einem Zuhause bei Gott überzeugt, betrachtet das Leben so, wie es ihm gegeben ist bis zu seinem Ende als ein Geschenk. Für ihn gibt es die Gewissheit, dass dieses Leben nur eine Vorbereitung auf das zukünftige Leben ist. Er fügt sich in die höhere Ordnung ein, in der dem Menschen nicht das Recht eingeräumt ist, sein Leben eigenmächtig zu beenden.

Das Gegenstück bildet der Mensch, der dem wissenschaftlichen Modell der Evolutionslehre anhängt, in dem ein Mensch nichts weiter als ein Produkt des Zufalls ist, das über kurz oder lang von einer anderen Lebensform der Entwicklungsgeschichte abgelöst wird. Wer aus der „Sinnlosigkeit“, die dem Urknall und der daraus resultierenden mehr oder weniger spontanen Entwicklung innewohnt, sein Leben fristet, sich nur im hier und heute meint verwirklichen zu können,

bekommt große Probleme in dem Augenblick, da die ihm wertvoll erscheinenden Umstände verloren gehen – Gesundheit, Beziehung, Besitz und Macht.
Ihm liegt gerade wegen dem Wegfall der vermeintlich wertvollen Lebensinhalte und der hieraus folgenden Sinnlosigkeit seines Lebens – zumal er nach seinem Tode nichts weiter erwartet – ein Suizid wesentlich näher.

Häufig sind Selbstmordversuche aber auch der Hilfeschrei eines Menschen, der mit seinem Leben allein nicht oder nicht mehr zurechtkommt, oder wie zuvor beschrieben die „Erkenntnis“ der Sinnlosigkeit des Lebens. Einerseits ist nicht der vollendete Suizid das Ziel, sondern eher der Wunsch nach Aufmerksamkeit und Beachtung. Andererseits ist tatsächlich der Suizid das Ziel wegen der scheinbaren Sinnlosigkeit seines Daseins. Die Ursachen hierfür sind so vielfältig wie das Leben. Sie können teilweise – auch bei älteren Personen – bis in die Kindheit zurück verfolgt werden.

Von

- ausweglos erscheinenden Lebenssituationen (unheilbare oder besonders schmerzhafte Erkrankungen) – (Sinnlosigkeit), dem
- Verlust jeglicher Eigeninitiative (ausgeliefert sein, Bettlägerigkeit), - (Hilfeschrei)
- psychische oder körperliche Überlastung (Arbeitsverdichtung), - (Hilfeschrei)
- psychiatrischen Veränderungen, dem als
- sinnlos empfundenen Leben (Verlust der Lebensperspektive), (Sinnlosigkeit)
- der Furcht, den Kindern zur Last zu fallen (Abhängigkeit) – (Hilfeschrei), dem
- Verlust des Lebensinhaltes (Beruf, Kindererziehung) – (Sinnlosigkeit)
- Schuld – (Hilfeschrei),
- u. a.

um nur einige maßgebliche Ursachen zu nennen, ist uns eine unendliche Bandbreite bekannt. In fast allen Fällen kann von einer Betrachtungsweise der Aussichtslosigkeit für die eigene Zukunft oder auch enger Angehöriger dessen ausgegangen werden, der einen Suizidversuch unternimmt.

Wenn es sich bei Selbstmordversuchen um Hilfeschreie der Betroffenen handelt, sind wir im Interesse der Menschlichkeit gefordert, diese Hilfeschreie ernst zu nehmen und - soweit dies möglich ist - den Betroffenen Hilfestellung zu geben. Bei Suizidäußerungen sollte man also immer hellhörig werden und entweder – wenn man die persönlichen Voraussetzungen hierzu mitbringt – sofort selbst tätig werden oder umgehend entsprechende Hilfe anbieten und/oder vermitteln.

In der Broschüre „Wenn das Altwerden zur Last wird“, (Hrsg. Arbeitsgruppe „Alte Menschen im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland“, 4. Aufl. 2009) wird der Eindruck erweckt, ältere Menschen würden eher einen Suizid in Betracht ziehen als jüngere. Dieser Eindruck wird von der Statistik nicht unterstützt. Mir scheint, hier wird der Fokus ungerechtfertigt auf das Alter gelenkt.

Den größten Anteil an den Todesfällen in der Bundesrepublik Deutschland nehmen grundsätzlich ältere Menschen ein. So wundert es nicht, dass von insgesamt 852.328 Todesfällen in der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 2011 auf Menschen jenseits

65 Jahren 713.909 Todesfälle (83,76 %) entfallen. Auf alle Altersgruppen unterhalb von 65 Jahren entfallen insgesamt also nur 138.419 Todesfälle (16,24 %).

Von 10.144 Todesfällen durch Suizide entfallen mit 6.486 Suiziden jedoch (63,94 %) auf die Altersgruppen unter 65 Jahren und nur 3.658 Todesfälle (36,06 %) auf die Altersgruppe ab dem 65. Lebensjahr. Die Statistik offenbart, dass die Suizidhäufigkeit unterhalb 65 Lebensjahre unverhältnismäßig hoch ist und völlig gegensätzlich zur allgemeinen Sterblichkeit verläuft. Bei zunehmendem Alter nehmen die Suizide als Todesursache jedoch deutlich ab. (alle Angaben: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, 2012)

Unabhängig von der Suizidhäufigkeit im Alter ist etwas anderes auffallend:
Der Anteil der Männer, die einen Suizid begehen liegt höher als der bei Frauen. Mit 75,4 % im Jahre 2011 war der Anteil der Männer dreimal so hoch wie bei Frauen, im Jahre 1980 hingegen nur etwa doppelt so hoch.

Wenn nach Erlemeier („Suizidalität alter Menschen“, 2011) unter allen denkbaren Ursachen vor allem schwere Depressionen mit bis zu 2/3 zum Suizidrisiko beitragen und interpersonale Verluste und Beziehungsstörungen gerade bei Männern genannt werden, lässt sich ein Zusammenhang mit dem Rollenverständnis, ggf. auch den frühen Erfahrungen des Lebens nicht ausschließen. Welchen Einfluss haben speziell bei Suiziden von älteren Männern die interpersonalen Verluste (Ehefrau) auf Grund des Rollenverständnisses oder auch Ereignisse, die sie in ihrer Kindheit und Jugend in Verbindung mit dem dritten Reich und den traumatischen Erlebnissen des zweiten Weltkrieges gemacht haben?

Hierauf kann die deutliche Zunahme an Suiziden in der männlichen Bevölkerung von 530 Suiziden der Bevölkerungsgruppe der 65- bis 70-Jährigen auf 706 Suiziden der 70- bis 75-Jährigen hindeuten, die sich bei der Gruppe der 75- bis 80-Jährigen wieder bei moderaten 522 Suiziden einpendelt. (Statistisches Bundesamt, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, www.gbe.de, Datenblätter v. 06.12.2012, Darstellung und Berechnungen: Georg Fiedler, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf)

Während heute Menschen mit lebensbedrohlichen oder schicksalhaften Erlebnissen vielfach psychologische Unterstützung erhalten, waren diese Menschen völlig auf sich gestellt. Konnten sie in „der Blüte des Lebens“ noch vom Kopf her diese Erlebnisse verdrängen oder unterdrücken, lässt erfahrungsgemäß diese Fähigkeit bei zunehmendem Alter nach und das Erlebte drängt mit Macht an die Oberfläche.

In einer Zeit

- zerbrechender sozialer Bindungen,
- dem Verlust religiöser Orientierung und
- der schwindenden Lebensqualität durch altersbedingte persönliche Einschränkungen

gehen mehr und mehr die sozialen Auffangsysteme verloren und es könnte beim Betroffenen der Eindruck entstehen, ein Suizid stelle die Lösung seines Problems dar. (vgl. Pohlmeier 1986, S. 13; Empfehlungen zur Diagnostik … 2005; Comer 1995, S. 371 ff;)

Ulrich Beck (1986) prägte den Begriff „Risikogesellschaft“.

Immer mehr Menschen leben allein und tragen das Risiko ihres Lebens in zunehmendem Maße selbst. „Es gilt mit dem Widerspruch zu leben, das Individuum einerseits zu stärken, andererseits seine Ohnmacht im gesellschaftlichen und ökologischen Kontext zu ertragen.“ (Teising (1992), S. 56)

Christa Lindener –Braun (1990) geht damit m. E. folgerichtig davon aus, dass der „Selbstmord ein Spiegelbild der sozialen Verhältnisse“ ist. (Teising (1992), S. 51)

Vor einem Suizid hat sich der Betreffende meist schon lange vorher mit seiner persönlichen Situation auseinander gesetzt und ist dabei zu dem Schluss gekommen, sein Leben sei nicht mehr lebenswert.

In diesem Zusammenhang gewinnt vielleicht auch die Aussage Bedeutung, die uns bereits vor rd. 2.000 Jahren überliefert wurde: „Ich haben ja keinen Menschen!“ (Joh. 5,1-18; die Bibel), in der die ganze Verlorenheit und Hoffnungslosigkeit eines Menschen zum Ausdruck gebracht wird.

Sowohl die neueren Beurteilungen (Beck, Lindener) als auch die historische Betrachtung machen deutlich, dass die umfassende oder vernachlässigte Einbindung in die Gesellschaft Einfluss nimmt auch auf das suizidale Verhalten Einzelner. Wer sich als integriert empfindet, steht weniger in Gefahr, einen Suizid zu begehen als jener, der sich ausgegrenzt fühlt.

Auch wenn es bisher keine belastbaren Zahlen gibt, dürfte gerade im Alter die überwiegende Anzahl von Suiziden im häuslichen Umfeld vorkommen, außerhalb von Pflegeeinrichtungen. Hier bleiben die Hintergründe, Vorbereitungen und auch die Durchführung von Suiziden eher im Verborgenen, da soziale Kontakte auf Grund der Distanz zu den Angehörigen durch häufig große Entfernungen eher selten sind.

Durch die institutionalisierte Pflege kann es jedoch vorkommen, dass auch Pflegekräfte in das suizidale Geschehen einbezogen werden. Um nicht hilflos oder unvorbereitet zu sein ist es gut, wenn sich Pflegekräfte mit suizidalem Verhalten auseinander setzen, bevor sie in solche Situationen geraten. Was können Pflegekräfte hier leisten?

1. **Gibt es Erkennungszeichen eines suizidwilligen Pflegebedürftigen?**

    - Die Entwicklung von **Depressionen** (aktuelles Geschehen)
    - **suizidale Krisen oder Suizidversuche** in der Vorgeschichte begünstigen auch im Alter die Gefahr, einen Suizid als Problemlösung in Betracht zu ziehen [(Biographie) (vgl. Wolfersdorf 2002, S. 137)]
    - **Isolation und Vereinsamung** im Alter, vor allem, wenn sich geliebte Angehörige aus der Beziehung zurück ziehen (aktuelles Geschehen)
    - **Traumatische Erlebnisse** und Erfahrungen des früheren Lebens, die gerade im Alter wieder an die Oberfläche drängen [(Biographie) (Weiteres u. a. Empfelungen zur Diagnostik … 2005)]
    - Grundlegende **Veränderungen der Stimmungslage** [(aktuelles Geschehen) (vgl. Comer 1995, S. 171)]
    - **Psychische Störungen**, die aus den Diagnosen zu entnehmen sind [(med. Biographie) (vgl. Comer 1995, S. 172 f)]

- **Verweigerung** von Nahrung und Flüssigkeit, sofern sie willentlich geschieht (aktuelles Geschehen)
- **Ausweglos** erscheinende Lebenssituation (aktuelles Geschehen)
- **Suizidale Äußerungen** (aktuelles Geschehen)

2. Wie können Pflegekräfte einem Suizid vorbeugen oder welche Hilfen können Pflegekräfte einem Suizidwilligen anbieten, damit er hiervon Abstand nimmt?

Zunächst sollten wir vielleicht die Überlegung anstellen, ob ein Suizid von seinem Wesen her auf einer freien Entscheidung beruht oder nicht. Das scheint mir bedeutsam im Hinblick darauf, ob einem suizidwilligen Menschen ggf. überhaupt geholfen werden kann oder auch nicht.

a) Bei einem Menschen, der – auch psychisch - völlig gesund ist und nach reiflicher Überlegung zu dem Schluss kommt, seinem Leben ein Ende zu setzen, kann man wohl von einer **freie**n, bewussten **Willensentscheidung** ausgehen. Es ist mehr als fraglich, ob ein solcher Mensch sich von seinem Ziel abbringen lässt. Er wird wohlüberlegt sein Handeln so vorbereiten und entsprechend ausführen, dass Außenstehende entweder nichts davon mitbekommen oder erst so spät, dass sein Vorhaben nicht mehr zu vereiteln ist.

b) bei einem Menschen, der

- unter schwerem Leidensdruck steht (z. B. unheilbare Krankheit),
- vielleicht mitbekommt, wie seine Kinder bereits vor seinem Tod „ihr Erbe“ verteilen,
- mit seiner Schuld aus der Vergangenheit nicht mehr klarkommt,
- u.a.

ist eine freie Willensentscheidung eher zu verneinen. Hier sind es äußere oder innere Faktoren, die ihn dermaßen unter Druck setzen, dass der Suizid für ihn die einzig mögliche Entscheidung darstellt. Dieser Suizid wäre in jedem Falle **fremdbestimmt**. Hier gibt es meist lange vorher die verschiedenen Hinweise und Hilferufe, auf die ein aufmerksamer Beobachter reagieren kann.

In meiner Tätigkeit als Vormund [(um 1980) - heute Betreuer] wurde ich mit der Betreuung eines jungen Mannes betraut, der sich mehrfach aufgehängt hat. Immer an Orten, an denen er mit Sicherheit rechtzeitig entdeckt werden konnte. Diese Suizidversuche betrachte ich als unüberhörbare Hilferufe. Das Ziel war nicht der Tod, sondern die Hilfe in für ihn scheinbar auswegloser Lage.

Da bis heute der Suizid zu den Tabuthemen gehört, fällt es in den meisten Fällen recht schwer, mit suizidalen Personen über deren Situation zu sprechen. Die unterstützende Person (Therapeut, Seelsorger, usw.) selbst sollte mit der Thematik Suizid vertraut sein. Auch für unterstützende Personen ist die Konfrontation mit einem Suizid eine große Belastung. Darum ist es

erforderlich, die eigene Psychohygiene nicht aus dem Blick zu lassen. Worauf sollte man achten?

Dorrmann beschreibt dies so:

- Ich kann letztlich niemanden davon abhalten, sich das Leben zu nehmen.

- Es hilft dem Patienten, wenn er merkt, dass ich meine Angst davor, dass er
- sich umbringen könnte, aushalten kann.

- **Solange jemand andere an seiner Tat Anteil nehmen lässt oder zum Beispiel mich in sein Vorhaben einweiht, will er noch irgendetwas. Genau das berechtigt mich zur Hilfe oder zum Handeln.**

- Bei Suizidabsichten können die üblichen therapeutischen Regeln und Prinzipien unsinnig werden und vorübergehende Ausnahmen gemacht werden.

- Wenn ich mich überfordert fühle, werde ich umgehend Inter- oder Supervision beanspruchen oder eine stationäre Unterbringung vorschlagen bzw. einleiten.

- **Mit einer unfreiwilligen Einweisung hebe ich die Autonomie des Patienten auf und beende damit die therapeutische Beziehung.** Diese sollte dann nur z. B. auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten und nach ausführlicher Reflexion weitergeführt werden.

- **Wenn ich in Diagnostik und Intervention nach meinem besten Wissen und Möglichkeiten gehandelt habe und ein Patient dennoch den Tod gewählt hat, werde ich mir nochmals klar machen, dass ich letztlich niemanden davon abhalten kann** (siehe 1.). Ich bin nicht schuldig, außer zu reflektieren, auf welche Hinweise ich noch zusätzlich hätte achten können. Ich werde umgehend mit den Angehörigen Kontakt aufnehmen. (Dorrmann, 1998, S. 42 – 44)

Weiter ist zu bedenken, dass nach Bronisch

- Suizidversuche meist auf sehr subjektiven `Bilanzen´ des eigenen Lebens basieren, die korrigierbar sind. (Zuwendung!?)

- sowohl Therapeut als auch Klient sich bewusst sind: ein Suizid ist eine finale Handlung, die nicht rückgängig gemacht werden kann. (Konsequenz)

- fast jeder Suizidversuch die Suche nach einer menschlichen Bindung darstellt und in gewissem Maße (!) eine Appellfunktion erfüllt. (Zuwendung!)

- ein Suizidversuch immer ernst zu nehmen ist (Zuwendung!)

- der Therapeut für den Patienten stellvertretend die Position der Hoffnung darstellen soll, die ansonsten jedem Menschen innewohnt. (Perspektive) (Bronsich, 1998, S. 566)

Sind die Voraussetzungen von Seiten des/der Therapeuten im Umgang mit einem Suizid erfüllt, kann er dem Patienten seine Aufmerksamkeit widmen.

- Wo immer möglich, sollte die **Einbindung** des Gefährdeten **ins familiäre** und **soziale Leben** aufrecht erhalten werden

- Immer kommt es auf **eine möglichst ununterbrochene Erreichbarkeit entsprechender Ansprechpartner an.** Besteht ein Vertrauensverhältnis Pflegebedürftiger zu den Pflegekräften, werden sie frühzeitig durch aufmerksame Beobachtung suizidale Anzeichen und Tendenzen erkennen und entsprechend **kompetente Ansprechpartner** zu Hilfe holen können. Bei den sich überwiegend aus depressiven Gemütslagen entwickelnden suizidalen Gedanken kommt es zumeist auf umgehende Begleitung an, da bei längeren Aufschüben die Bereitschaft, sich zu öffnen und ggf. helfen zu lassen, schwindet und eine Chance vertan ist.

- **Abwechslungsreiche** auf den Betroffenen zugeschnittene **Beschäftigungsangebote** möglichst in der Gruppe fördern

- Hilfreich kann in diesem Zusammenhang die im Vorfeld möglichst umfassende Erfassung der **Biographie** sein – gerade mit Blick auf entsprechende Hinweise in diese Richtung.

- Durch **Besuche** oder **Besucherdienste** Vereinsamung verhindern

- Gibt es Hinweise auf suizidales Verhalten in der Vorgeschichte sowie traumatische Erlebnisse und Ereignisse in der Lebensgeschichte?

- Eine **gute Beobachtung der aktuellen Befindlichkeit** eines Pflegebedürftigen mit Merkmalen, die eine suizidale Tendenz in den Bereich des Möglichen rücken.

- Besondere Aufmerksamkeit gilt vor allem **Depressionen**, die mit 40 – 60 % zu den Hauptursachen eines Suizid beitragen (Quelle: B. Ahrens: Suizidprävention ... in: M. Wolfersdorf/ E. Etzersdorfer (Hrsg.): Fallstudien zur Suizidalität. 2005) Hier ist eine enge Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten sehr wichtig. Depressionen mit dem Einsatz von Psychopharmaka zu begegnen ohne zumindest die Möglichkeit eines Suizids hinterfragt zu haben, hieße jedoch, diesen unerkannt ihm Hintergrund schwelen zu lassen.

- Ein oft unterschätztes Hilfsmittel scheint mir die **Zuwendung** zu sein. Nur, wer sich tatsächlich auf sein Gegenüber einlässt, erhält die Chance, die entscheidenden Signale aufzufangen. Dies benötigt Zeit, die nach den derzeit geltenden Vorgaben in der professionellen Pflege kaum zur Verfügung steht.

- Hierzu gehört auch die **Hinführung zum Ende des Lebens**. Dazu ist ein offener Umgang mit Sterben und Tod erforderlich. Hilfreich kann

hier vor allem die Erkenntnis sein, dass wir von Gott geliebt und für ihn wichtig sind.

- Als **problematisch** betrachte ich auch den Trend, Pflegebedürftige mehr und mehr **unter dem Vorwand eines selbstbestimmten Lebens in die Isolation zu treiben**, sie in Einzelzimmern unterzubringen. Die Befürworter der generellen Einzelzimmerregelung haben offensichtlich den Aspekt von Isolation und Vereinsamung nicht in ihre Überlegungen einbezogen. Es kann sein, dass sich diese Entscheidung schneller rächen wird, als allen lieb ist.

  Wenn Pflegebedürftigen der Aufmerksamkeit ihrer Umwelt entzogen werden, fällt immer weniger auf, wenn Betroffene suizidales Verhalten entwickeln. Dies aufzudecken und ggf. rechtzeitig eingreifen zu können, wird bis hin zur Unmöglichkeit eingeschränkt.
- Die **emotionale Einbindung Angehöriger in die soziale Betreuung** Pflegebedürftiger bedeutet Zuwendung und verhindert beim Pflegebedürftigen das Empfinden, abgeschoben und nutzlos zu sein. Es unterstützt Pflegekräfte in dem Bemühen, Isolation und Vereinsamung aufzuhalten.

- **Musik** ist ein weiteres Mittel, ansonsten unzugängliche Menschen aus ihrer Einsamkeit zu befreien.

- Die **Aufarbeitung traumatischer Erlebnisse** aus der Vergangenheit, soweit Betroffene dies zulassen, kann eine weitere Hilfe sein. Als besonders bedeutsam betrachte ich den Umgang mit der Schuldfrage. Ungesühnte Schuld nimmt sicher einen größeren Raum ein, als vielen bewusst ist. Die Befreiung von Schuld kann somit auch zur Verhinderung von Suiziden beitragen.

  Hier gilt es, sich auf den Betroffenen einzulassen. Hierzu bedarf es viel Geduld, bis sich ein Betroffener dazu aufraffen kann, sich zu öffnen. Dies kann durch die **Zusammenarbeit mit Seelsorgern und Psychologen** wie auch geeigneten Pflegekräften geschehen.

- Verweigert ein hochaltriger Mensch die Nahrungs- oder Flüssigkeitsaufnahme, kann dies im Zusammenhang mit einem natürlichen Tod stehen oder einen Suizid signalisieren.

  Hier gilt es, ggf. die Regelungen einer **Patientenverfügung** zu kennen und zu beachten, soweit eine solche vorliegt.

- Generell sind aktuelle **suizidale Äußerungen ernst** zu **nehmen** und die Interaktion mit geeigneten Fachkräften in Betracht zu ziehen.

Der Psychologe Walter A. Scobel formuliert:

"Jeder suizidale Mensch, ob er nun krank ist oder gesund, verdient

Achtung statt Ächtung,

Anteilnahme statt Ablehnung,
Verständnis statt intoleranter Verurteilung,
Mitgefühl statt Bestrafung und Entmündigung,
Hilfe statt Gleichgültigkeit.

Tot sein und nicht mehr weiterleben wollen sollte als möglicher und einsehbarer Impuls der menschlichen Psyche akzeptiert und nicht länger tabuisiert und diskriminiert werden."
(Laufen am Abgrund (aus Via medici 4/97); Prof. Dr. Asmus Finzen, Dr. Ulrike Hoffmann-Richter)

Hier wird deutlich, was den Menschen verloren gegangen ist, auch wenn durch diesen Verlust nicht jeder zu einem suizidalen Menschen wird. Es lohnt sich, darüber nachzudenken und ggf. Konsequenzen zu ziehen. Wie viele Suizide ließen sich hierdurch verhindern. Mir scheint, die egozentrische Orientierung vieler Menschen grenzt Einzelne so sehr aus, dass sie in ihrem Leben keinen Sinn mehr erkennen. **Das ist für sie kein Leben!** Sie wählen den Tod.

3. Ist ein Suizid vollendet, wie gehen Pflegekräfte damit um?

Wenn schon das Erleben des Todes eines Menschen belastend sein kann, vor allem dann, wenn schon geraume Zeit mit ihm verlebt wurde, trifft es sowohl Pflegende wie Angehörige besonders hart, werden sie direkt mit einem Suizid konfrontiert. Nicht nur Trauer bewegt die Hinterbliebenen, sondern manches Mal auch Schuldgefühle.

- Haben sie wirklich alles getan?
- Haben sie nicht genug acht gegeben?
- Haben sie einen Fehler gemacht oder etwas versäumt?
- Hätten sie den Suizid nicht doch verhindern können?
- Wurde etwas übersehen?

Im Vordergrund aller Hilfsangebote steht das Gespräch mit dem Hinterbliebenen, um Trauer oder sogar Schuldgefühle zu verarbeiten. Die größte Hilfe bieten hierbei Menschen, die bereits Verluste erlebt und diese gemeistert haben. Sie können am besten deutlich machen, dass der Schmerz, die Hilflosigkeit und die evtl. Schuldgefühle nicht immer so stark sein werden und den Blick in die Zukunft öffnen.

Gerade in Situationen, die für den Pflegenden von starken Schuldgefühlen geprägt sind, kann es hilfreich sein, sich noch einmal mit den Fragen und Überlegungen im Vorfeld vor einem Suizid auseinander zu setzen. Am besten gemeinsam mit einem Gesprächspartner (Seelsorger, Psychologen, Kollegen). Nicht umsonst spricht man von einem „von der Seele reden“ um deutlich zu machen, dass „geteiltes Leid tatsächlich halbes Leid“ ist.

Gefühle suchen immer einen Weg, frei zu werden, weil sie sonst zu einer großen Belastung werden. Daher sind wir gut beraten, wenn wir ihnen gerade in solchen

Situationen diese Möglichkeit zugestehen. Jeder kennt das, wenn Tränen vergossen werden und anschließend die Atmosphäre wie nach einem starken Guss gereinigt ist oder der plötzlich auftretende Redeschwall.

Auch wenn es vorkommt, dass Angehörige sich äußern „das hab ich immer schon gewusst, dass das so kommen musste“, löst ein Suizid doch viel häufiger einen Schock aus, der Gefühle von Hilflosigkeit und Schuld, nicht selten gepaart mit Gefühlen von Wut und Ärger hervorbringt. Eine nüchterne Frage nach dem „Warum“ ist in solchen Situationen kaum möglich oder Sie wird deutlich überzeichnet beantwortet. „Die Äußerungen von Angehörigen sollten auf diesem Hintergrund verstanden werden und nicht als Erklärung des Suizids oder Suizidversuchs.“ (DGS, 2006, Broschüre), oder einer Schuld des Pflegenden, der in die Schusslinie gerät – eine nicht seltene und für den Pflegenden belastende Situation. Angehörige benötigen oft in dieser Situation das Gespräch wie auch der Pflegende (vgl. Finzen, 1997, S. 179). Der Pflegende ist zunächst gefordert, dieses als äußeres Zeichen der Hilflosigkeit der Angehörigen angesichts der Situation zuzulassen. Wird dabei der Druck für den Pflegenden selbst zu groß, sollte er sich selbst aus der „Schusslinie“ nehmen.

„Diese immer wiederkehrende quälende Frage nach den Ursachen und Motiven dieser Selbsttötung. Diese falsche Vorstellung: Wenn ich weiß, warum er / sie nicht mehr leben wollte, wird alles erträglicher. Ich habe Mütter kennengelernt, die einen eindeutigen Abschiedsbrief von ihren Kindern bekommen hatten mit der genauen Darlegung der Gründe. Ich habe sie glühend beneidet, bei genauem Hinsehen aber erkennen müssen, dass es auch nicht half. Sie grübelten über die Gründe für diese Gründe nach…“ so eine Mutter 1992 nach dem Suizid ihres Sohnes (Finzen, 1997, S. 179).

4. Welche Schritte müssen organisatorisch nach einem Suizid unternommen werden?

- Keine Veränderungen an der Leiche und am Fundort vornehmen
- Arzt informieren
- Polizei informieren
- Angehörige informieren – zunächst nur über den Todesfall (Telefon)
- nach Freigabe u. U. Leiche auf Abschied vorbereiten

Sind Angehörige eingetroffen:

- Anteilnahme zum Ausdruck bringen
- die Wahrheit sagen
- seelsorgerliche/psychologische Hilfe anbieten
- sonstige weitere Maßnahmen ergreifen wie bei natürlichem Tod

Ich bin mir darüber im Klaren, dass meine Ausführungen nicht abschließend sein können. Darum bin ich dankbar, wenn diese zu einer angeregten Diskussion führen. Nur im Miteinander lassen sich schwierige Situationen meistern und eine Entwicklung zum Guten bewirken.

Da ich das Forum http://forum.pflegenetz.net/ in seiner Vielfältigkeit für eine geeignete Plattform halte, würde ich dort über eine rege Diskussion freuen.

Quellen:

Arbeitsgemeinschaft "Suizidalität und Psychiatrisches Krankenhaus".Erschienen in: Krankenhauspsychiatrie, 2005, 16: Sonderheft 1, 51-54.
Arbeitsgruppe „Alte Menschen im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland“, 4. Aufl. 2009
B. Ahrens: Suizidprävention ... in: M. Wolfersdorf/ E. Etzersdorfer (Hrsg.): Fallstudien zur Suizidalität. 2005
Arbeitsgruppe „Alte Menschen im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland“, 4. Aufl. 2009
Bronisch, T. (1998). Umgang mit Suizidalität, in: Sulz, Serge K.D. (Hrsg.) (1998)
Comer 1995, S. 171, 172 f, 371 ff;
Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention/ Nationales Suizidpräventionsprogram (2006). Suizide, Suizidversuche und Suizidalität – Empfehlungen für die Berichterstattungen in den Medien. DGS: Berlin
Dorrmann, W. (1998). Suizidale Patienten: Wie geht es den Therapeuten? MotiveÄngste-Psychohygiene, in: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis
Gert Egle in der Bearbeitung vom 18.05.2012
Empfehlungen zur Diagnostik … 2005;
Erlemeier „Suizidalität alter Menschen“, 2011
Finzen, A. & Hoffmann-Richter, U. (1996). Der Suizid hat viele Namen – Der Umgang mit den Begriffen Freitod, Selbstmord, Selbsttötung und Suizid in der Fachliteratur und Tagespresse, in: Suizidprophylaxe 1
Finzen, A. (1997). Suizidprophylaxe bei psychischen Störungen. Prävention, Behandlung, Bewältigung. Bonn: Psychiatrie-Verlag Thieme
Pohlmeier, H. (1994). Auszüge aus der öffentlichen Podiumsdiskussion „Freiheit zum Tode“, in: Pohlmeier, H. (Hrsg.) (1994). Selbstmordverhütung, Anmaßung oder Verpflichtung. 2. Auflage, Düsseldorf, Bonn: Parerga
Pohlmeier 1986, S. 13; Empfehlungen zur Diagnostik … 2005;
Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, 2012
Teising, M. (1992). Alt und lebensmüde – Suizidneigung bei älteren Menschen. München, Basel: Reinhardt
Wolfersdorf, M & Franke, C. (Hrsg.) (2002). Suizidforschung und Suizidprävention am Ende des 20. Jahrhunderts. Theologische, epidemiologische, ökonomische und therapeutische Aspekte. Regensburg: Roderer

© Johannes Paetzold