

Suizid im Alter

Suizid im Alter

Datum: 24. August 2010

Ort.: Seniorenresidenz Helene Donner gGmbH
der DRK-Schwesternschaft Hamburg e.V

Damm 12-14

25421 Pinneberg

Dipl.-Psychologe & Krankenpfleger

Roberto Rotondo

Rappstr. 9

20146 Hamburg

Telefon.: 040/44809922

www.robtorotondo.de

Suizid im Alter

Einleitung

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ich freue mich, heute bei Ihnen sein zu dürfen. Ich bin Diplom-Psychologe und im Ersterberuf Krankenpfleger und habe bis 1996 mehrere Jahre als Krankenpfleger auf einer Intensivstation gearbeitet. In diesem Zusammenhang habe ich Menschen kennengelernt, die versucht haben, sich umzubringen. Nicht selten habe ich dabei geholfen, diese Menschen gegen ihren Willen am Leben zu halten. Vielleicht können wir später, wenn Sie möchten, diesen Aspekt noch besprechen.

Seit 1996 bin ich freiberuflich als Supervisor, Teambereiter, in der Krisenintervention und in der beruflichen Aus- und Weiterbildung im Gesundheitswesen tätig. Teil meiner Tätigkeit ist es, in der Kranken- und Altenpflegeausbildung und in Einrichtungen der Altenpflege über Suizid im Alter zu informieren. Aber auch nach einem Suizidversuch oder einem Suizid eines Bewohners gehe ich in Einrichtungen, um die psychischen Folgen der Handlung mit dem Pflegepersonal aufzuarbeiten, weil auch das Pflegepersonal nach einem Suizid eines Bewohners psychisch krank werden kann.

Begriffsbestimmung

Suizid

Der Begriff Suizid setzt sich aus den beiden lateinischen Ausdrücken sui cadere = sich töten oder sui cidium Selbsttötung zusammen. Absichtliche Vernichtung des eigenen Lebens. Synonym: Selbsttötung, Freitod, Selbstmord, Selbstvernichtung.

Suizidalität

Unter dem Begriff Suizidalität versteht man die Suizidneigung oder auch Neigung zur Selbsttötung. Sie ist das Ausmaß der bei einem Kranken bestehenden Tendenz, sein Leben zu beenden. Die Beurteilung der Suizidalität ist die wichtigste Behandlungsmaßnahme. Sie ist insbesondere für eine stationäre Aufnahme notwendig ist.

Zu Beginn meines Vortrags möchte ich Ihnen einige Fakten zum Suizid und zu Suizidversuchen näherbringen.

Suizidstatistik für Deutschland

„Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes starben im Jahr 2005 in Deutschland 10.260 Menschen durch Suizid (7.523 Männer und 2.737 Frauen).

Die Suizidrate (d.h. der Anteil der Suizide auf 100.000 Einwohner) beträgt 12,4 (18,6 bei den Männern und 6,5 bei den Frauen; Quelle: Statistisches Bundesamt). Das Verhältnis der Suizidrate von Frauen zu Männern liegt bei 1:2,9.

Die Dimension wird durch einige Vergleichszahlen der letzten Jahre deutlich:

- Verkehrsunfälle 5.361 * * Quelle: Statistisches Bundesamt, 2005
- HIV-Infektionen 720 ** ** Quelle: Robert Koch-Institut, 2005
- Illegale Drogen 1.326 *** *** Quelle: Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung, 2005
- Mord und Totschlag 869 **** **** Quelle: Bundeskriminalamt - Polizeiliche Kriminalstatistik, 2005

Suizid im Alter

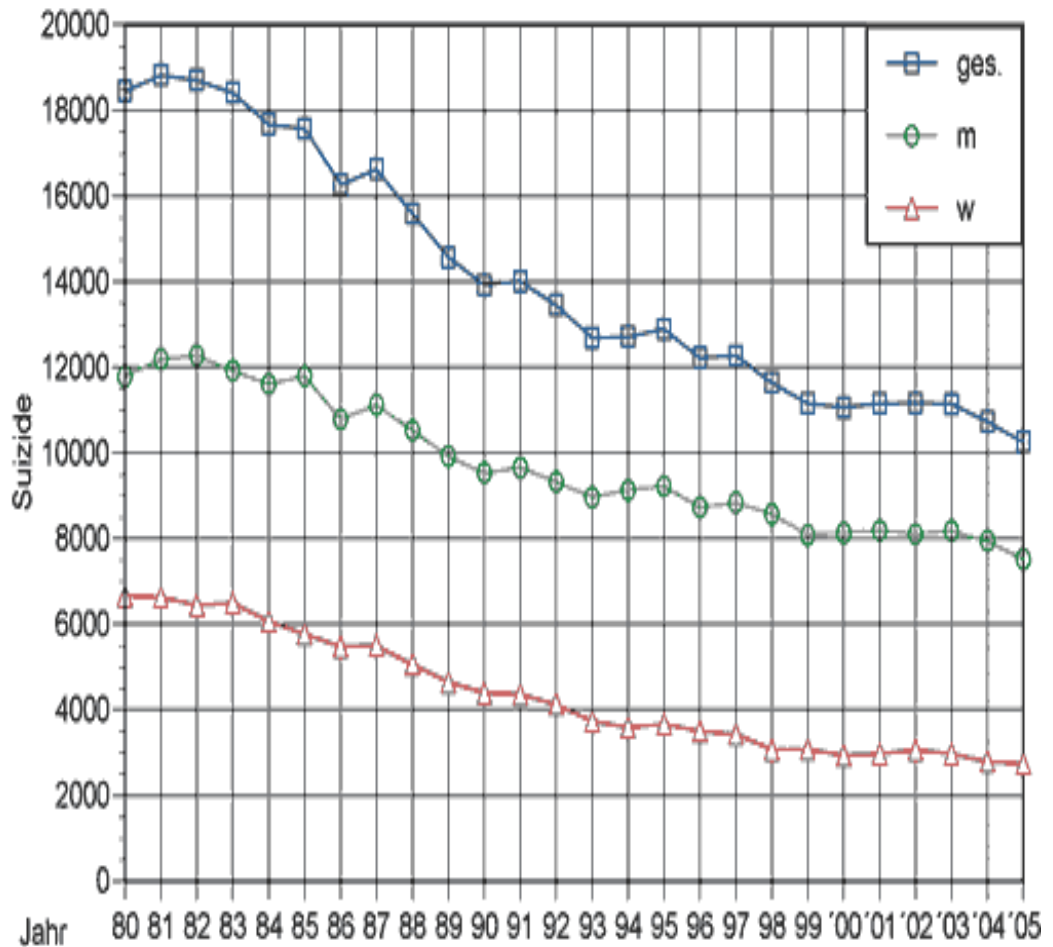
Abbildung 1:

Suizide in
Deutschland
1980

bis 2005

Bereich: Alte und
neue
Bundesländer

Quelle:
Statistisches
Bundesamt¹



Die tatsächliche Anzahl der Suizide soll höher liegen. Eine Untersuchung verstorbener über 60 Jähriger auf ihre Medikamenteneinnahme im Institut für Rechtsmedizin in München belegt diesen Verdacht. Prof. Wolfgang Eisenmerger vom Institut für Rechtsmedizin: „Von 113 Fällen, die wir untersucht haben, hat in 11 Fällen tatsächlich eine tödliche Vergiftung vorgelegen. Das bedeutet, wir müssen etwa mit 10 % Suiziden rechnen, die nicht erkannt werden. Es ist klar, dass eine so kleine Stichprobe nicht ausreicht, um eine solche Aussage statistisch abzusichern, aber es ist doch ein ganz, ganz beeindruckendes Ergebnis über die Dunkelziffer bei Suiziden.“²

1 Quelle: Therapiezentrum für Suizidgefährdete (TZS).

<http://www.uke.de/extern/tzs/daten/germany/Deutschland.html>. Datum: 22.08.2011.

2 TV-Sendung des ZDF-Magazin „Frontal 21“ (2005): Suizid im Alter - Interview mit Prof. Wolfgang Eisenmerger vom Institut für Rechtsmedizin in München. Sendung vom 9. August 2005.

Suizid im Alter

„Abbildung 2:
Suizidraten (Anteil
der Suizide auf
100.000
Einwohner) in
Deutschland

Quelle:
Statistisches
Bundesamt

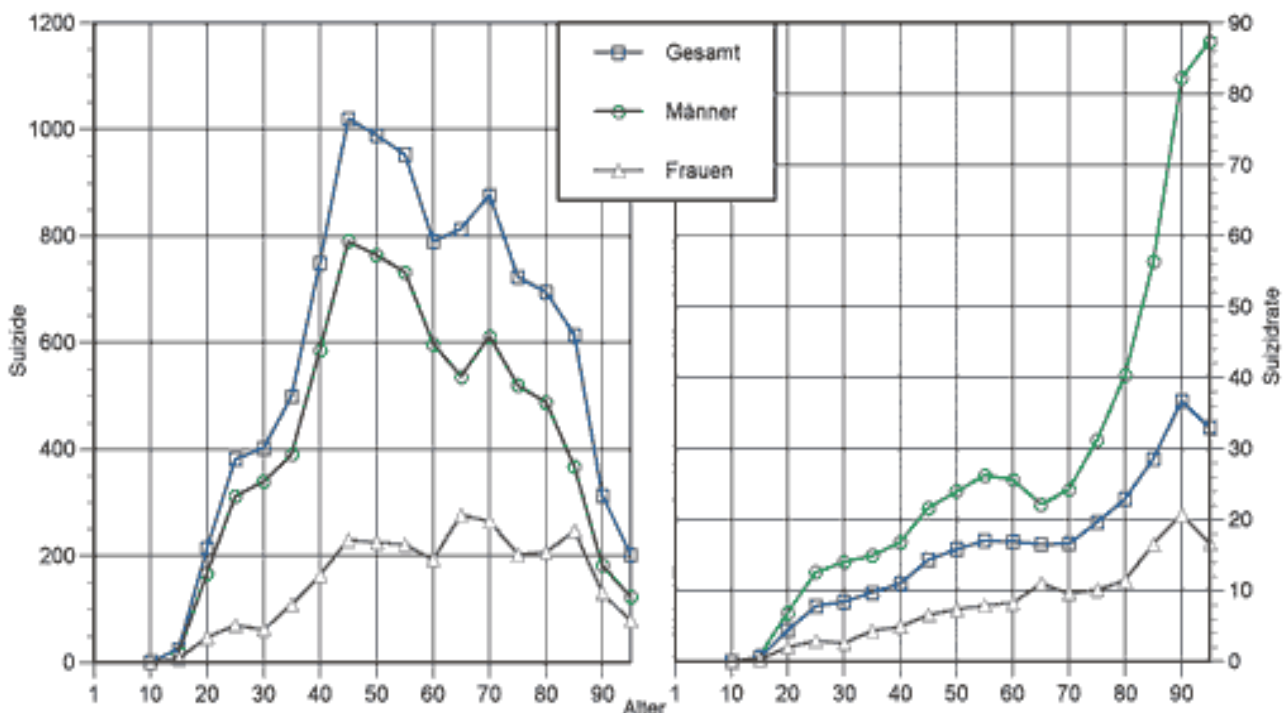
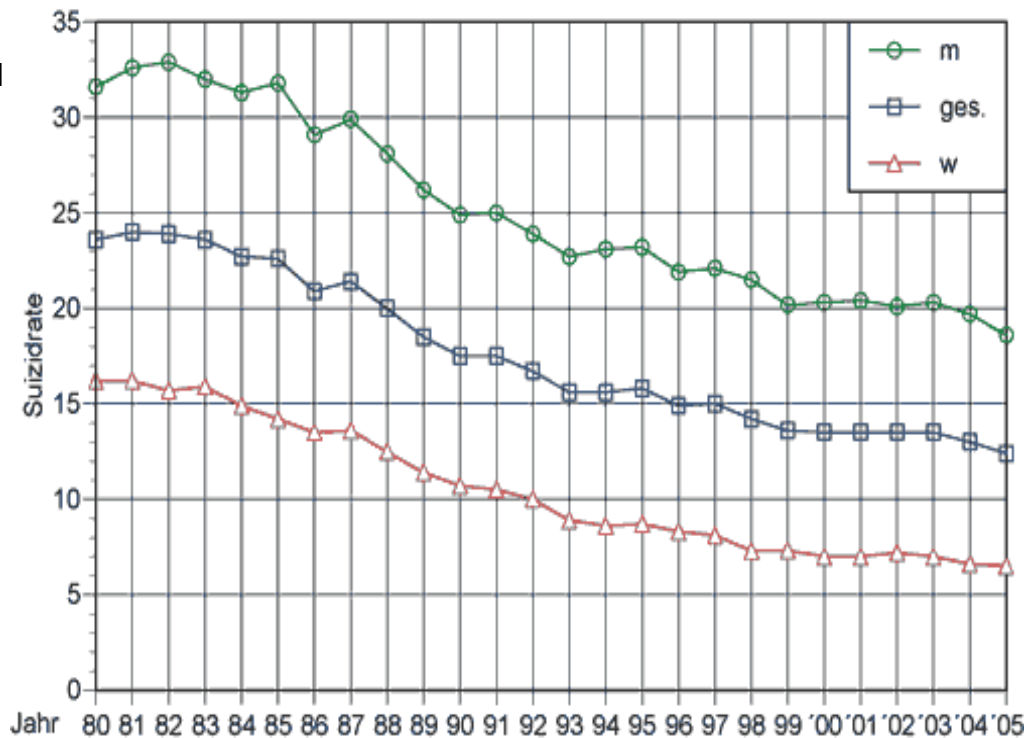


Abbildung 3: Suizide und Suizidraten in Deutschland nach Alter und Geschlecht im Jahr 2005 (Quelle: Statistisches Bundesamt). Der „Knick“ in der Kurve der Anzahl der Suizide bei den ca. 60jährigen spiegelt die Geburtenlücke nach dem 2. Weltkrieg wieder.

Abbildung 3 zeigt, dass die Suizidrate mit dem Lebensalter steigt. Während die Suizidrate bei jungen Menschen vergleichsweise niedrig ist, steigt sie besonders bei Männern ab dem 60. Lebensjahr erheblich an. Durch die relativ geringe Suizidrate bei jungen Frauen gewinnt die Anzahl der Suizide älterer Frauen an Gewicht: jede zweite Frau, die einen

Suizid im Alter

Suizid begeht, ist älter als 60 Jahre (1.409 von 2.737 Frauen im Jahre 2005).“¹

Suizidversuche

„Suizidversuche werden aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht mehr erfasst. Angaben über die Häufigkeit werden aus wissenschaftlichen Studien entnommen und sind Schätzungen. Im Vergleich zu den Suiziden gibt es erhebliche Unterschiede:

1. Suizidversuche werden häufiger von Frauen als von Männern durchgeführt.
Schätzungen für 1996: 122 Versuche auf 100.000 für Männer und 147 Versuche auf 100.000 für Frauen. Anders ausgedrückt: 5,5 Suizidversuche kommen auf jeden Suizid eines Mannes und 18 Suizidversuche auf jeden Suizid einer Frau. Hochgerechnet würde dies für 1996 bedeuten, dass ca. 48.600 Suizidversuche von Männern, ca. 61.600 Suizidversuche von Frauen unternommen wurden.
2. Suizidversuche werden häufiger von jungen als von alten Menschen unternommen.
3. Unterschiede bei den Methoden des Suizidversuchs:
1996 standen bei Männern und Frauen Vergiftungen an erster Stelle (Medikamente in Verbindung mit Alkohol meist Frauen), gefolgt von Schnittverletzungen, Sturz und Erhängen (Erhängen, Erschießen meist Männer).²

Oft hat der Versuch ein Appellcharakter und ist als Hilferuf zu verstehen.

Laut Angaben des Therapie-Zentrums für Suizidgefährdete am UKE sind „suizidale Patienten Hochrisikopatienten mit einer hohen Rezidivquote. Trotz einer klinischen Behandlung wiederholt jeder dritte einen Suizidversuch zumeist schon wenige Monate nach dem Erstversuch.“³

Phasen der suizidalen Entwicklung

In der Suizidforschung entwickelten sich „Unterscheidungen von Phasen, die sich mit der Abstufung und Intensität der Suizidalität beschäftigen und bereits frühere Auswirkungen ernst nehmen, die letztlich zum Suizidversuch und Suizid führen:

1. Ruhewünsche – Wunsch nach einer Pause oder Unterbrechung im Leben, ohne aktive Handlung, ohne Handlungsdruck
2. Todeswünsche – Wunsch, jetzt oder in der unveränderten Zukunft lieber tot sein zu wollen ohne aktive Handlung, ohne Handlungsdruck
3. Suizidideen / Suizidgedanken – Erwägung als Möglichkeit, häufig als Ausdruck von Ambivalenz, deutlich erlebter Handlungsdruck
4. Suizidabsichten – Suizidideen mit oder ohne konkreten Plan, mit oder ohne Ankündigung, deutlich erlebter Handlungsdruck
5. Suizidversuch – suizidale Handlung, die überlebt wird, Todesintension ist oder war vorhanden
6. Suizid – Suizidale Handlung, die mit dem Tod des Durchführenden endet (Lehle, Grebner, Neef et al, 1998 und Wolfersdorf, 2000)⁴

1 Quelle: Therapiezentrum für Suizidgefährdete (TZS).

<http://www.uke.de/extern/tzs/daten/germany/Deutschland.html>. Datum: 22.08.2011.

2 Vergl.: Schmidtke, A., Weinacker, B., Fricke, S. (1998): Epidemiologie von Suiziden und Suizidversuchen in Deutschland. Suizidprophylaxe, Sonderheft, 37-49

3 Quelle: Therapiezentrum für Suizidgefährdete (TZS). <http://www.uke.de/extern/tzs/daten/germany/Deutschland.html>. Datum: 22.08.2011. Fiedler, G., Götze, P., Gans, I., Gerisch, B., Lindner, R., Richter, M. Psychoanalytische Psychotherapien bei akuter Suizidalität. Erschienen im Hamburger Ärzteblatt 12/99 (S. 537-542).

4 Manuela Wehr. Suizid im Alter. DIPLOMARBEIT. Fachbereich Soziale Arbeit im Fachhochschulstudengang Soziale Arbeit. Otto-Friedrich-Universität Bamberg. 19.12.2007, S. 50f.

Suizid im Alter

Theorien zur Suizidalität

In einer Veröffentlichung „Zur psychoanalytischen Konzeption von Suizidalität und der Behandlung Suizidgefährdeter“ haben verschiedene Psychoanalytiker eine „Sammlung unbewußter, vorbewußter und bewußter Motive und Phantasien, die der Suizidhandlung immanent sein können ... [zusammengefasst, R. Rotondo.]:

- Tötung eines internalisierten Objektes,¹
- Autoaggression,
- blinde Abfuhr aggressiver Spannungen (Katharsis),
- Rache und Vergeltung,
- Selbstbestrafungstendenzen infolge unbewußter Schuldgefühle; Bestrafung und Sühne i.S. der Wiedergutmachung,
- die Onnipotenzphantasie, "Herr der Lage" zu sein,
- ein gegen das Selbst gewendeter Mord,
- Wiedervereinigung mit einem Verstorbenen oder Geliebten, (Blacky Fuchberger)
- Wunsch nach Wiedergeburt, Rettung und Neuanfang,
- faktische Realisierung eines emotional schon eingetretenen Zustandes, nämlich psychisch "tot" zu sein,
- Wunsch nach Rückkehr in die Kindheit,
- Wunsch nach Flucht und Pause,
- Wunsch nach Kontrolle und Macht,
- Wunsch zu töten und zu bestrafen,
- Wunsch zu sterben, masochistische Unterwerfung.“²

Gefährdete Personen

- Alte Menschen
- Menschen mit psychischen Erkrankungen, z.B. Depression oder Schizophrenie
- Chronisch Kranke ohne Heilungschancen oder mit chronische Schmerzen
- Isolierte und einsame Menschen
- Menschen nach Suizidversuch
- Suchtabhängige
- Pflegebedürftige
- Menschen, die in Armut leben
- Menschen, die schlimmer Erlebnisse hatten, traumatisiert sind und von belastenden Erinnerungen gepeinigt werden

Auslöser für den Alterssuizid

- Tod des Partners,
- Auseinandersetzungen im Familienverband,
- Umzug in ein Altenheim,
- mangelnde soziale Integration,
- Isolation und Einsamkeit,
- oftmals verstärkt durch bevorstehende Familienfeste (wie z. B. Weihnachten), oder der dunklen Jahreszeit (z. B. Winter)³

1 Anmerkung R.Rotondo: Ein Kind hat eine Mutter, die das Kind ständig stark kritisiert. Es ist wertlos, mies, faul, usw. Diese Kritik wird internalisiert, verinnerlicht. Sie ist so schmerzvoll, dass man diese innere Stimme durch Suizid abstellen will.

2 Theorien zur Suizidalität. Der Beitrag ist ein Teil der Einleitung des Aufsatzes von Benigna Gerisch, Georg Fiedler, Ilan Gans, Paul Götze, Reinhard Lindner und Monika Richter: "Ich sehe dieses Elendes kein Ende als das Grab". Zur psychoanalytischen Konzeption von Suizidalität und der Behandlung Suizidgefährdeter. Der Beitrag erschien im Frühjahr 2000 in dem Buch Kimmerle, G. (Hrsg.) Zeichen des Todes in der psychoanalytischen Erfahrung Tübingen: edition diskord → <http://www.edition-diskord.de> Reihe Anschlüsse, Bd. 4.

3 <http://www.altenpflegeschueler.de/psychologie-soziologie/suizid-im-alter.php>. 17:08.2011

Suizid im Alter

Depression

Die Depression und depressive Verstimmungen treten beim alten Menschen als häufigste psychische Störung auf.

Hauptursachen für depressive Verstimmungen und Ängste im Alter

1. Schlecht verarbeiteten Verlusterlebnisse

Sie können körperlich bedingt sein:

- Verminderung von Wahrnehmungsleistungen,
- organische Beschwerden,
- Beeinträchtigung des Bewegungsapparates.

Sie können auch psychische Ursachen haben:

- Verlust des Partners,
- des Berufs,
- einer bestimmten Rolle von Verantwortung usw.

Das subjektive Erleben und Verarbeiten der Ereignisse spielt bei der Entstehung der Depression die entscheidende Rolle.

2. Angst vor Krankheit bzw. den Folgen der normalen Alterungsvorgänge

3. Die Angst vor Hilfsbedürftigkeit steht in einem engen Zusammenhang mit der Angst vor Krankheit.

4. Die Angst vor dem Tod des Partners und der damit verbundenen Angst vor Einsamkeit bzw. Isolation.

5. Die Angst im Alter, dass die Angehörigen Schutz und Hilfe bedürfen.

6. Angst vor dem Weiterleben

7. Angst vor dem Sterben und dem Tod¹

Warnzeichen von Suizidgedanken

Suizidäußerungen verbaler Natur:

- „Helfen Sie mir beim Sterben.“
- „Warum holt Gott mich nicht zu sich?“
- „Ich kann einfach nicht mehr“
- „Das hat alles keinen Sinn mehr“, oder

¹ Psychologie am Krankenbett: d. seel. Not von Kranken u. Betreuern / hrsg. von H.G. Zapotoczky ; D.O. Nutzinger. - Weinheim: Psychologie-Verlags-Union ; Weinheim : Beltz, 1986, S. 138ff.

Suizid im Alter

- „Ich glaube ich mache all dem ein Ende“

Anders Warnzeichen sind nonverbaler Natur:

- Rückzug bzw. eingeschränkte Kommunikation, aber Abbruch der Kommunikation
- Traurigkeit
- Gefährliches Verhalten, z.b. Nahrungsverweigerung, Medikamente nicht einnehmen usw.
- Testament schreiben
- Abschiedsbrief schreiben
- Medikamente, die in einer bestimmten Menge tödlich sind, horten
- Verschenken von Geld, Wertsachen oder anderen Dingen
- Auffällige Verhaltensveränderungen

Umgang mit Warnzeichen

- Lebenssicherung, Suizid verhindern.
- Drohungen, Andeutungen und Anzeichen von Suizidgedanken sollten immer ernst genommen werden. Das bedeutet, dass der Betroffene beobachtet werden muss. Gefährdete Personen, siehe oben, besonders beobachten.
- Beurteilung der akuten Suizidalität.
- Bei Vermutung den Betroffenen beobachten.
- Familienmitglieder, Freunde, Betreuer und Pflegepersonal in die Therapie einbeziehen.
- Arzt bzw. Psychotherapeuten informieren.
- Evtl. medikamentöse Unterstützung.
- Entfernung/Sicherung der suizidalen Mittel, Gefährdungspotenzial ausschließen.
- Bei hoher Suizidalität evtl. stationär Einweisen.
- Sich Zeit nehmen und sich verstehend zuwenden.
- Selbstmordgedanken hinterfragen.

Suizid im Alter

Prof. Dr. med. Linus Geisler, Facharzt für Innere Medizin, empfiehlt folgende Fragen.

„Fragen an suizidale Patienten (nach W. PÖLDINGER, 1982)

➤ Suizidalität

Haben Sie auch schon daran gedacht, sich das Leben zu nehmen?

➤ Vorbereitung

Wie würden Sie es tun? Haben Sie schon Vorbereitungen getroffen? (Je konkreter die Vorstellungen, desto größer das Risiko)

➤ Zwangsgedanken

Denken Sie bewusst daran oder drängen sich derartige Gedanken, auch wenn Sie es nicht wollen, auf? (Sich passiv aufdrängende Gedanken sind gefährlicher)

➤ Ankündigungen

Haben Sie schon über Ihre Absichten mit jemandem gesprochen? (Ankündigungen immer ernst nehmen)

➤ Aggressionshemmung

Haben Sie gegen jemanden Aggressionen, die Sie unterdrücken müssen? (Aggressionen, die unterdrückt werden müssen, richten sich gegen die eigene Person)

➤ Einengung

Haben Sie Ihre Interessen, Gedanken und zwischenmenschlichen Kontakte gegenüber früher eingeschränkt und reduziert?¹

Lebensvertrag

In vielen Einrichtungen wird ein sogenannter Lebensvertrag mit dem suizidalen Bewohner geschlossen. Hier ein Beispiel der St.Gallischen Psychiatrie-Dienste Süd aus der Schweiz.

„Lebensvertrag

Zwischen _____ und dem Behandlungsteam der Station _____:

Ich verspreche, dass ich mir während der Zeit

von (Datum und Uhrzeit) _____

bis (Datum und Uhrzeit) _____

nichts antun werde!

¹ Quelle Linus Geisler: Arzt und Patient - Begegnung im Gespräch. 3. erw. Auflage, Frankfurt a. Main, 1992. Link: http://www.linus-geisler.de/ap/ap27_suizidal.html. Datum: 17.08.2011.

Suizid im Alter

Ich verspreche, dass ich mich beim ersten Auftreten von Suizidgedanken an das Behandlungsteam der Station _____ wende, um Hilfe zu suchen.

_____, den

Unterschrift des/r Patienten/in

Unterschrift des Arztes / Pflegefachperson

Einschätzung der Suizidgedanken / Patient

Keine

anhaltend/stark

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Einschätzung der Suizidgedanken / Pflegefachperson

Keine

anhaltend/stark

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie viel Schutz brauche ich?

0 – 3 Ausgang nach Absprache

4 – 5 Ausgang in Begleitung

6 – 7 Kein Ausgang (häufiger Kontakt zum Behandlungsteam)

8 – 10 Engmaschige Überwachung“¹

Konfrontation mit den Folgen eines Suizids

Eine weitere Möglichkeit bietet die Konfrontation mit den Folgen eines Suizids. Prof. Dr. Wolfgang Hiller, Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie am psychologischen Institut der Universität in Mainz und Dr. Rolf Leibbrand, 2003 Leitender Psychologischer Psychotherapeut. Abteilung V, KLINIK SCHWEDENSTEIN:

„Stellen Sie sich vor, Sie führen Ihr Vorhaben, sich das Leben zu nehmen, wirklich aus und können als unsichtbarer Beobachter an den Ereignissen danach teilnehmen – wie wird das sein? ...

- Wie wird man Sie finden?
- Wer wird sich um Ihre Beerdigung kümmern?
- Wer wird bei der Beerdigung anwesend sein? – Wer nicht?
- Wie wird Ihr Grab aussehen?
- Welche Musik wird bei der Beerdigung gespielt werden?

¹ St.Gallischen Psychiatrie-Dienste Süd. PDF-Datei: http://www.srrws.ch/index_de.php?TPL=3401&x3000_Open=548. Datum: 18.08.2011.

Suizid im Alter

- Wie viele Trauergäste werden anwesend sein?
- Wer wird um Sie weinen? – Wer nicht?
- Wer wird nach einigen Jahren noch an Sie denken?
- Wer wird in zwanzig Jahren wissen, was für ein Mensch Sie waren?“¹

Krisenintervention nach dem Selbstmordversuch

„Hans Ludwig WEDLER nennt 7 Schritte im Umgang mit Suizidpatienten, die der Krisenintervention dienen:

1. Schritt: frühzeitige Kontaktaufnahme (Wichtigkeit des Erstgesprächs!); Inhalt: "Ich bin bereit, dich zu akzeptieren."
2. Schritt: Gelegenheit geben zum Sich-Aussprechen; Inhalt: "Ich bin bereit, dir zuzuhören."
3. Schritt: Wiederherstellung sozialer Beziehungen (zu Pflegepersonal, Ärzten, Mitpatienten); Inhalt: "Soziales Übungsfeld in neutraler Atmosphäre."
4. Schritt: Einzelgespräche, Analyse der psychosozialen Situation und der Krisenentwicklung; Gespräch mit Bezugspersonen; Paar-, Familiengespräche.
5. Schritt: Weichenstellung zur Weiterbehandlung und Nachsorge; Motivierung des Patienten; Vermittlung.
6. Schritt: Versuch einer Einordnung des suizidalen Verhaltens im psychosozialen Bezugssystem des Patienten (Metakommunikation).
7. Schritt: Relativierung der eigenen Helferrolle.“²

Prävention

Für den Vortrag in der Seniorenresidenz Helene Donner gGmbH habe ich mir das „Pflege- und Betreuungskonzept“ im Internet angesehen (<http://seniorenresidenz-helene-donner.drk.de/seniorenresidenz/lebenundwohnen/pflegekonzept.php>).

Das Pflege- und Betreuungskonzept stellt ein sehr gutes Präventionskonzept gegen Suizid dar. Allerdings kommt es auf die Umsetzung an. Hier nur ein paar Aspekte.

Die Bewohnerin/der Bewohner soll sich „sicher und aufgehoben“ fühlen. Sie setzen auf „qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern“ und ein „gutes Konzept“. Das ist Suizidprävention.

Sie betrachten die Bewohner „ganzheitlich“ und sind „aktivierend und rehabilitativ ausgerichtet“. Dabei achten die Einrichtung auf die „Autonomie“ der „Bewohnerinnen und Bewohner – im Sinne einer möglichst ausgeprägten Selbstentscheidungs- und Selbsthandlungskompetenz“ – das ist Suizidprävention.

1 Prof. Dr. Wolfgang Hiller · Dr. Rolf Leibbrand. Krisenintervention, S. 454. Link: http://klinische-psychologie-mainz.de/abteilung/downloads/Krisenint_LeibbrandK2.pdf. Datum: 20.08.2011.

2 Quelle Linus Geisler: Arzt und Patient - Begegnung im Gespräch. 3. erw. Auflage, Frankfurt a. Main, 1992. Link: http://www.linus-geisler.de/ap/ap27_suizidal.html. Datum: 17.08.2011.

Suizid im Alter

Die Pflege nach dem Pflegekonzept nach Monika Krohwinkel¹ ist aktive Suizidprävention. Der Mensch wird ganzheitlich betrachtet, die Grunderkrankungen z.B. gelindert oder sogar geheilt u.a.m. Dabei kommt auch die soziale Betreuung nicht zu kurz. Ein paar Beispiele aus dem Angebot der Seniorenresidenz:

- Einzel und Gruppenangebote:
- Fitness für den Kopf/Gedächtnistraining
- Spielerunde
- Proben des Helenenchores
- Die Hauswirtschaftsgruppe trifft sich
- Yoga im Sitzen mit dem VfL
- Es geht sportlich weiter mit Kegeln
- Wir starten fit in den Tag/Sitzgymnastik
- Die "Herrenrunde" trifft sich
- Bingo
- Die Küchengruppe trifft sich
- Fitness für den Kopf/Gedächtnistraining
- Qigong - Entspannt ins Wochenende
- Gymnastik und Sturzprophylaxe mit dem VfL
- "Der Kultursalon" mit Kunterbuntem Wunschprogramm
- 14-tägig wechselweise: Kino-Nachmittag bzw. Kunterbuntes Wunschprogramm

Die Umgebung ist schön gelegen („Mitten im Leben und im Herzen von Pinneberg“) und das Haus bietet eine „behagliche Atmosphäre“.

Suizidprävention bedeutet, sich um Menschen zu kümmern, sie ernst zu nehmen, sich Zeit für sie zu nehmen, sie zu beteiligen und zu verhindern, dass sie sich allein fühlen, Ängste sie überwältigen und sie im Leben und am Leben leiden. Ich bin überzeugt davon, dass alte Menschen leben wollen, wenn sie sich geliebt fühlen und sie das Gefühl haben, dass ihr Leben einen Sinn erfüllt. Wenn in der Seniorenresidenz Helene Donner die o.g. Dinge umgesetzt und beachtet werden, wird aktive Suizidprävention praktiziert.

Das Pflegepersonal - PTBS

In der Alten- und Krankenpflege ist die Möglichkeit sehr wahrscheinlich, mit Suizidversuchen bzw. Suiziden konfrontiert zu werden, die traumatisch für das Pflegepersonal sein können:

1 http://de.wikipedia.org/wiki/Modell_der_f%C3%B6rdernden_Prozesspflege. Datum: 18.08.2011.

Suizid im Alter

Ein Beispiel aus einem Altenheim in Hamburg. Ich wurde von einer Seniorenresidenz aus Hamburg angerufen. Eine Bewohnerin hätte sich umgebracht und die Einrichtung hatte die Frage, ob ich mit dem Pflegepersonal arbeiten könnte. Beim ersten Treffen erzählte die Nachtwache, ein junger Pfleger, dass sich eine ältere Bewohnerin aus dem Fenster im vierten Stock gestürzt hatte. Er war nicht alleine in der Einrichtung, es gab noch zwei andere Pflegekräfte. Er lief nach draußen und hat die Frau gefunden. Sie war mit dem Kopf voran aufgeprallt, das Gesicht war nicht mehr zu erkennen. Sie war tot und konnte ihr nicht mehr helfen. Aber, er musste neben der Leiche abwarten, bis die Polizei vor Ort angekommen war. Danach war er zwei Wochen krankgeschrieben.

Die Folgen können schwerwiegend sein: Ein eingreifendes Erlebnis kann zur „Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)“ und langfristig zum Berufsausstieg führen. Oft treten folgende Symptome auf:

- „Kognitiv: Verwirrung, Desorientierung, Sorgen, intrusive Gedanken und Bilder, Selbstvorwürfe,
- Emotional: Schock, Kummer, Trauer, Traurigkeit, Angst, Wut, emotionale Taubheit, Reizbarkeit, Schuld und Scham,
- Sozial: Extremer Rückzug, zwischenmenschliche Konflikte
- Physiologisch: Müdigkeit, Kopfschmerzen, Muskelverspannungen, Bauchschmerzen, schnellerer Herzschlag, überhöhte Schreckhaftigkeit, Schlafschwierigkeiten“¹

Im oben genannten Fall machten sich alle Pflegekräfte Vorwürfe, insbesondere die Pflegedienstleitung (PDL), die an diesem Tag der alten Dame ein neues Zimmer im vierten Stock zugewiesen hatte. „Hätte sie die Frau nicht verlegt, wäre es vielleicht nicht passiert“, so die PDL. Aber auch die Pflegekräfte suchten die Schuld bei sich. Sie hätte es doch merken müssen. Bei einigen klang Ärger heraus: „Warum hat sie nichts gesagt?!“ Dann kommt auch noch die Polizei und fragt nach, ob man alles richtig gemacht hat. In so einem Fall ist es sehr wichtig, eine umgehende Bearbeitung (z.B. durch Nachsorgeteams) einzuleiten. Das bietet die Chance, schwerwiegenden Folgen für die beteiligten Personen schon im Ansatz entgegenzuwirken.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Dipl.-Psychologe Roberto Rotondo

Rappstr. 9

20146 Hamburg

Internet: www.robortorotondo.de

¹ Wenn fürchterliche Ereignisse geschehen... National Child Traumatic Stress Network and National Center for Post-traumatic Stress Disorder (<http://www.nctsn.org>; <http://www.ncptsd.va.gov>). Taken from the manual "Psychological First Aid. Field operations guide. 2nd edition."

Suizid im Alter

Literaturtipps zu den Fragen während bzw. der Diskussion am Ende des Vortrags

- Huub Buijssen. Wenn der Beruf zum Alptraum wird. Sonderausgabe. Traumatische Erfahrungen in der Krankenpflege. Verlag: Beltz (September 1999). ISBN-10: 3407210183 oder ISBN-13: 978-3407210180
- Julia Tavalaro und Richard Tayson: Bis auf den Grund des Ozeans, Freiburg 1998. Verlag: Herder, Freiburg; Auflage: 3. Aufl. (1998). ISBN-10: 345126658X oder ISBN-13: 978-3451266584
- Jean-Dominique Bauby. Schmetterling und Taucherglocke. Verlag: Deutscher Taschenbuch Verlag; Auflage: Neuauflage. (1. Oktober 1998). ISBN-10: 3423125659 oder ISBN-13: 978-3423125659
- Der "Rommelink-Report". Chronologie der niederländischen Euthanasiepraxis. <http://www.solidaritaet.com/neuesol/1999/49/col2.htm>. Datum: 27.08.2011.
- Stellungnahme der Deutschen Hospiz Stiftung zum zweiten Entwurf einer "Richtlinie der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung" vom 27. Juli 1998. PDF-Datei unter <http://www.hospize.de/docs/stellungnahmen/03.pdf>
- Informationen zur "Credo Card". "Maak mij niet dood, Dokter" ("Bring mich nicht um, Doktor"). In: Eva Richter. "Leben: ja oder nein?" - Ärztekammerpräsident Hoppe ist strikt gegen die Legalisierung der Sterbehilfe. Ärzte Zeitung, 27.01.2005.
- Sterbehilfe in den Niederlanden. Auszug aus den „SORGFALTSKRITERIEN“: „Gemäß den in Artikel 293 Absatz 2 Strafgesetzbuch genannten Sorgfaltskriterien muss der Arzt: [...] b) zu der Überzeugung gelangt sein, dass der Zustand des Patienten aussichtslos und sein Leiden unerträglich war, [...]“ Internet: http://www.krause-schoenberg.de/sterbehilfe_niederlande_gesetz_wortlaut.html. Datum: 27.08.2011.
Vergl.: PDF-Datei unter http://www.jura.uni-augsburg.de/fakultaet/lehrstuehle/rosenau/medienverzeichnis/Forschung/niederlande_euthanasie.pdf vom 27.08.2011.