



---

# Pädagogische Werkstatt – Juliane Falk

Bildungsinstitut für Pflegepädagogik und  
Soziales Management

---

## Suizidalität und Suizidprävention

Kiesselbachweg 31, 22399 Hamburg  
Juliane.Falk@t-online.de / [www.Juliane-Falk.de](http://www.Juliane-Falk.de)



# Inhaltsverzeichnis

---

1. Einleitung.....	1
2. ICD-10-GM-2018 .....	3
3. Epidemiologie .....	5
4. Anzeichen suizidalen Verhaltens.....	6
Psychosoziale, kommunikative und sinnbezogene Beeinträchtigung.....	6
Suizidphantasien und -ankündigung .....	7
Aggression .....	7
5. Suche nach möglichen Ursachen.....	8
Sozial-kulturelle Bedingungen.....	9
Kritische Lebensereignisse.....	10
Coping-Stile und persönliche Ressourcen .....	13
Soziale Unterstützung.....	14
6. Suizidprävention.....	14
Vorschläge zur sekundären und tertiären Suizidprävention .....	18
7. Didaktische Vorschläge zur Sensibilisierung für den Interaktionsprozess.....	21
Primäre Suizidprävention: Öffentlichkeitsarbeit.....	23
Beziehungsgestaltung und Fallbesprechungen.....	26
Collage: „Meine Ressourcen“ .....	30
Begleitung in Grenzsituationen .....	30
Aufspüren eigener verdeckter Aggressionen .....	32
8. Zusammenfassung.....	33



## 1. Einleitung<sup>1</sup>

---

Das Phänomen der Selbsttötung unterliegt immer einer spezifischen sozialen und kulturellen Bewertung. Harakiri zu begehen, war in Japan eine ehrenwerte Tat. Auch in unserem Kulturkreis wird der Suizid unterschiedlich bewertet. Scheiden jüngere Menschen aus dem Leben, reagieren wir eher mit Bestürzung und Fassungslosigkeit als bei ältere Menschen. Bei älteren Menschen finden wir, wenn nicht gar Gleichgültigkeit, so doch vielfach Verständnis für ihr Tun. Nach einem langen Leben ist es der Person selbst überlassen, wann sie aus dem Leben scheidet. Dabei geraten allerdings die sozialen Umstände, die möglichen gefährdenden Ereignisse, die den Menschen zu dieser Tat trieben, aus dem Blickfeld.

Bereits Emil Durkheim (1973) betrachtete den Suizid als ein gesellschaftliches Phänomen. Suizid wird vor allem durch gesellschaftliche Desintegration verursacht. Danach hängt der Suizid im wesentlichen von Bedingungen ab, die mit der Struktur und den Funktionen sozialer Gruppen in Zusammenhang stehen. Beispielsweise stellte er fest, dass in Konfessionen mit starker dynamischer Dichte, also mit sehr wirksamen wechselseitigen Beziehungen, wie dem Judentum oder dem Katholizismus, Selbstmord weniger häufiger auftreten als z. B. bei Protestanten. Für Durkheim ist Selbstmord u. a. eine Folge gesellschaftlicher „Anomie“. Anomie drückt einen Zustand aus, in welchem die Individuen nicht mehr in der Lage sind, sich den Normen ihrer Gruppe entsprechend zu verhalten. Dies trifft beispielsweise auf ökonomische Krisen zu, wenn Menschen in untere soziale Gruppen absinken. Sie verlieren ihre bisherige Verhaltenssicherheit. Verhaltensstabilität kehrt dann zurück, wenn die neuen gruppenspezifischen Verhaltensregeln erlernt wurden. Durkheim fragt in seiner empirisch-analytischen Untersuchung nach Lösungswegen, welche zu einer Verminderung der Selbstmordziffern führen könnten. Er findet eine Antwort in der Bedeutung von Arbeitsgruppen für den einzelnen und verweist auf deren Integrationskraft.

---

<sup>1</sup> Das Manuskript wurde aktualisiert auf der Grundlage des Buchbeitrags „Ich bin für dieses Leben nicht geschaffen!“ Pflegerisch-therapeutische Interventionen zur Suizidprophylaxe“, erschienen in dem Buch Kerres, A.; Falk, J. (1997): Kommunikation in Ausbildung und Praxis. Hagen: Brigitte Kunz Verlag, S. 75-114



Zu vermuten ist, dass seine Untersuchungsergebnisse auch heute noch eine gewisse Relevanz haben. Der Vergleich der Suizidraten zwischen den alten und neuen Bundesländern von 1995 – fünf Jahre nach der Wiedervereinigung mit ihren ökonomischen und sozialen Veränderungen – lässt diese Schlussfolgerung zu (Tabelle 1).

### Suizid 1995 in Deutschland

	Alte Länder	Neue Länder
Männer	46.4	73.5
Frauen	17.5	23.4
Insgesamt	27.8	39.9

*Tabelle. 1: Suizid differenziert nach alten und neuen Ländern einschließlich Ost-Berlin, je 100.000 Einwohner über 65 Jahre (Quelle: Statistisches Bundesamt 1996)*

Die Suizidrate in den neuen Bundesländern ist erheblich höher als in den alten – eine Folge der Anomie der Menschen in den neuen Bundesländern durch die Vereinigung Deutschlands? Angesichts der unterschiedlich hohen Selbstmordrate stellt sich die Frage, inwieweit die soziale Umbruchsituation in Folge der Vereinigung Deutschlands verbunden mit gesellschaftlicher Desintegration und Anomie (s. Durkheim) als Erklärungsursache mit herangezogen werden kann.

Auch andere gesellschaftliche Entwicklungen tragen zur Desintegration bei und begünstigen u. U. Suizidhandlungen, wie die zunehmenden individualistischen Lebensformen. Die Atomisierung des einzelnen kann zum Verlust von tragfähigen sozialen Beziehungen führen. Darüber hinaus erschwert ein allgemeiner Wertewandel bzw. eine Werte-„Pluralität“, sich sinn- und haltstiftenden Zielen verbunden zu fühlen.

Angesichts gesellschaftlicher Desintegration wird Suizidprophylaxe zu einer gesellschaftlichen Aufgabe. Erfolgreich kann Suizidprophylaxe nur sein, wenn die verschiedenen Institutionen und Berufsgruppen, die Ärzte und Pflegekräfte, die Therapeuten, Sozialarbeiter und die Seelsorger kooperativ zusammenarbeiten. Daher müssen insbesondere professionelle Helfer befähigt werden, Problembewusstsein, professionelle Handlungsfähigkeit und kommunikative Kompetenz zu entwickeln in der Begleitung suizidgefährdeter Menschen.

Der Verweis auf professionelle Hilfesysteme heißt nicht, soziale Verantwortung zu delegieren. Verantwortlich für ein soziales Klima, in der Menschen nicht ausgegrenzt oder vergessen werden, sind wir alle.



Laut Statistik tritt der Suizid im höheren Lebensalter mit zunehmender Häufigkeit auf. Auf dem Hintergrund der demographischen Entwicklung, die durch eine Zunahme des Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung gekennzeichnet ist, muss diese Problematik in besonderer Weise Beachtung finden. Daher konzentrieren sich diese Ausführungen auf die Suizidproblematik im höheren Lebensalter. Damit ist die Hoffnung verbunden, dass das Problembewusstsein bei den Lernenden in Bezug auf die komplexen Zusammenhänge altersspezifischer Probleme und situativer Veränderungen, die eine suizidale Handlung im Alter auslösen können, geschärft wird.

## 2. ICD-10-GM-2018 <sup>2</sup>

---

Der ICD 10-GM-2018 behandelt Suizidalität in dem Kapitel 5 F00- F99 „Psychische und Verhaltensstörungen“ mit der Codierung:

„F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome“ „Eine depressive Episode mit mehreren oben angegebenen, quälenden Symptomen. Typischerweise bestehen ein Verlust des Selbstwertgefühls und Gefühle von Wertlosigkeit und Schuld. Suizidgedanken und -handlungen sind häufig, und meist liegen einige somatische Symptome vor. ...“

„F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen“ „Eine schwere depressive Episode, wie unter F32.2 beschrieben, bei der aber Halluzinationen, Wahnideen,

---

<sup>2</sup> Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD, englisch International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) ist das wichtigste, weltweit anerkannte Klassifikationssystem für medizinische Diagnosen.

Es wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben und oft kurz auch als Internationale Klassifikation der Krankheiten bezeichnet. Die aktuelle, international gültige Ausgabe ist ICD-10. Verbindlich für die Verschlüsselung ist seit dem 1. Januar 2018 die vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebene ICD-10-GM Version 2018.



psychomotorische Hemmung oder ein Stupor so schwer ausgeprägt sind, dass alltägliche soziale Aktivitäten unmöglich sind und Lebensgefahr durch Suizid ... bestehen kann. ...“

Unter der Codierung R45.- fasst der ICD-10 Symptome zusammen, die die Stimmung betreffen. Diese Symptome beziehen sich auf „... ungenau bezeichnete Zustände, für die an anderer Stelle keine klassifizierbare Diagnose vorliegt“. Unter „F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung“ werden u. a. Angst und Depression ebenso wie Suizidgedanken als häufige Symptome beschrieben. R45.8 „Sonstige Symptome, die die Stimmung betreffen“ bezieht ausdrücklich Suizidalität und Suizidgedanken mit ein.

Neben klinischen Krankheitsbildern, wie die Depression, neurotische Störungen oder auch Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, spielen andere Faktoren eine bedeutende Rolle. So haben persönlichkeitspezifische, biographische, kulturelle und soziale Faktoren Einfluss auf das Suizidverhalten.

Die klinischen Krankheitsbilder werden hier nicht weiter behandelt. Im Vordergrund stehen die psychosozialen Entstehungsbedingungen suizidalen Verhaltens. Zwar ist Suizid immer ein individuelles Geschehen, dennoch lässt sich der Suizid nur im Kontext vielfältiger sozialer Wirkungszusammenhänge betrachten. Wenn Menschen sich entscheiden, ihr Leben zu beenden, sind vielfältige Beweggründe heranzuziehen; die Ursachen sind hoch komplex und können sowohl in der individuellen Lebensbiographie als auch im gesellschaftlichen Umfeld angesiedelt sein. Die Ausführungen stellen eine „Annäherung“ an das Thema dar: Die wirklichen Motive, warum ein Mensch aus dem Leben scheidet, bleiben häufig im Dunkeln. Denn nach vollzogenem Suizid sind die wirklichen Konfliktsituationen und die Motive nicht mehr zu klären.

Zunächst werden im Folgenden epidemiologische Daten zum Suizid vorgestellt (2), die Symptomatik, insbesondere das präsuizidale Syndrom, beschrieben (3), auf mögliche krisenhafte soziale Ursachen hingewiesen (4), um anschließend Suizidprävention allgemein und pflegerisch-therapeutische Interventionen zur Suizidprophylaxe im besonderen (5) vorgestellt. Darauf aufbauend, werden Vorschläge unterbreitet, wie die Thematik in der Aus-, Fort- und Weiterbildung Erwachsener aufgearbeitet werden kann (6).



### 3. Epidemiologie

Jedes Jahr nehmen sich in Deutschland ungefähr 10.000 Menschen das Leben. Etwa 70% davon sind Männer. Insbesondere alte Menschen – im besonderen alte Männer – sind am stärksten gefährdet. Absolut gesehen steigt die Suizidrate für beide Geschlechter mit dem Alter an. Bei den Frauen verläuft die Suizidrate insgesamt flacher. Dem Suizidversuch kommt im Alter weniger Bedeutung zu; charakteristisch für den Alterssuizid ist der tödliche Ausgang. Allerdings besteht für diesen Bereich eine hohe Dunkelziffer, weil Suizidversuche statistisch nicht zu erfassen sind. Statistisches Material gibt lediglich Auskunft über solche Todesfälle, deren Todesursache eindeutig mit Suizid festgestellt werden konnte. Das Statistische Bundesamt macht für das Jahr 2015 für Suizide nach Altersgruppen folgende Angaben:

#### Suizide nach Altersgruppen

Anzahl der Suizide 2015			
Altersgruppen von ... bis unter ... Jahre	Insgesamt	Männlich	Weiblich
unter 10	-	-	-
10 bis 15	19	6	13
15 bis 20	196	133	63
20 bis 25	316	243	73
25 bis 30	427	340	87
30 bis 35	485	380	105
35 bis 40	466	356	110
40 bis 45	621	458	163
45 bis 50	895	658	237
50 bis 55	1 082	792	290
55 bis 60	1 034	768	266
60 bis 65	757	548	209
65 bis 70	590	406	184
70 bis 75	827	580	247
75 bis 80	934	681	253
80 bis 85	680	517	163
85 bis 90	486	353	133
90 und älter	263	178	85

- = Nichts vorhanden



Quelle: Statistisches Bundesamt, URL:  
[https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/Sterbefaelle\\_Suizid\\_ErwachseneKinder.html](https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/Sterbefaelle_Suizid_ErwachseneKinder.html), Stand 14.10.2018

## 4. Anzeichen suizidalen Verhaltens

Um Menschen in Krisensituationen begleiten zu können, ist es wichtig, Anzeichen frühzeitig deuten zu können. Es gibt Umstände und Signale, die ein Suizidrisiko andeuten können. Tabelle 3 zeigt Symptome auf, die auf eine suizidale Gefährdung von Menschen hinweisen können. Der ICD 10 gibt keine diagnostischen Leitlinien zum suizidalen Verhalten vor. Daher wird die Symptomatik nicht auf der Basis der ICD 10-Diagnostik beschrieben. Es wird eine eigene Klassifikation vorgestellt, die entstanden ist aus dem Vergleich von Gemeinsamkeiten unterschiedlicher Symptombeschreibungen.

Symptome Beeinträchtigung (1)			Suizidphantasien /-ankündigung (2)	Aggression (3)
psychosozial	kommunikativ	sinnbezogen		
fehlende Aufgaben fehlende Zukunftsperspektive Resignation Ohnmacht	Rückzug Sprachlosigkeit Vereinsamung	Hoffnungslosigkeit Verzweiflung fehlender Lebenssinn	Äußerung von Todeswünschen Phantasien über Todesart	Selbstentwertung Selbsthass Aggressionshemmung

Tabelle 3: Suizidale Symptome

### Psychosoziale, kommunikative und sinnbezogene Beeinträchtigung

Die Wahrnehmung und das Beurteilungsvermögen sind bei suizidgefährdeten Menschen auf unterschiedlichen Ebenen eingeengt. In Folge des reduzierten Selbstwertgefühls sieht der Mensch keinen Sinn mehr in der eigenen Existenz. Er hat keine Lebensaufgaben mehr, hat auch nicht die Kraft, neue zu suchen. Das Leben wirkt leer und trostlos. Sprachlosigkeit kennzeichnet die Situation. Selbst gewählter oder sozial bedingter Rückzug reduzieren die kommunikativen Kontakte. Einsamkeit macht sich breit. Die konkrete Lebenssituation wird als bedrohlich,





unlösbar und unbeeinflussbar erlebt. Der suizidgefährdete Mensch kreist um sich selbst. Er fühlt sich ohnmächtig, nicht mehr in der Lage, sein Leben zu bewältigen. Resignation und Hoffnungslosigkeit werden zum bestimmenden Lebensgefühl. Die Ausweglosigkeit der Situation wird durch den Selbstmord zu entfliehen versucht, der als letzte Möglichkeit einer Problemlösung erscheint.

### Suizidphantasien und -ankündigung

Achtzig Prozent der Menschen, die Suizid begehen wollen, kündigen ihr Tun mit Worten oder Handlungen, wie Aufräumen, persönliche Dinge verschenken, finanzielle Angelegenheiten regeln, an. Es ist also irrig anzunehmen, dass Menschen, die über Selbstmord reden, diesen nicht ausführen. In der Phantasie nimmt die Art und Weise, wie man aus dem Leben scheiden will, konkrete Gestalt an.

### Aggression

Suizid ist auch immer ein indirekter aggressiver Akt gegen andere Menschen. „Ihr habt mich so weit gebracht; es ist eure Schuld!“ Der präsuizidale Mensch richtet seine angestauten Aggressionen, die er nicht nach außen abzuleiten vermag, zwar gegen sich selbst. Dennoch ist es zugleich eine Aggressionsentladung gegenüber nahe stehende Menschen oder der Umwelt (Hemmer 1995). Quälender Selbsthass kann bis zur Idee reifen, die Familie durch den eigenen Selbstmord befreien zu müssen, so dass sie nicht länger einen Menschen mit verfehltem Leben ertragen müssen. Mit dem Suizid kann eine Befreiung von „Lebenslast“ ersehnt werden. „Ich bin für dieses Leben nicht geschaffen!“ Mit dem Todeswunsch können aber auch Phantasien verbunden sein, wie die Angehörigen oder nahestehende Menschen nach seinem Tode um ihn trauern. Bei ungelösten familiären Konflikten kann damit die Hoffnung verbunden sein, die Angehörigen mögen ihr Versagen später einsehen und bereuen.

Die Psychoanalyse hat auf das Phänomen der Aggression und Aggressionsumkehr aufmerksam gemacht. Alfred Adler (1992) sieht im Suizid eine der stärksten Formen des Protestes, ein Schutz vor Herabsetzung, aber auch eine Rache am Leben. Angesichts quälender Gedanken der Selbsterniedrigung und Selbstvorwürfe, des Hasses gegen sich selbst und das Leben erscheint der Suizid als Lösung aller Probleme. Im Todeswunsch stellt der von bohrenden Minderwertigkeitsgefühlen geplagte Mensch einen Ausgleich her; der Selbstmord verspricht eine Sicherung des Selbstwertgefühls.



## 5. Suche nach möglichen Ursachen

Welche Faktoren müssen zusammentreffen, so dass ein Mensch sich entscheidet, seinem Leben ein Ende zu setzen? Diese Frage ist schwer zu beantworten. Die Problematik ist hoch komplex. Dennoch kann man sich der möglichen Ursachen annähern. Im Folgenden werden die verschiedenen krisenauslösenden Bedingungen näher beleuchtet, sowohl die sozial-kulturellen Bedingungen (1), die einschneidenden Lebensereignisse (2), die persönlichkeitspezifischen und biographischen (3) als auch die sozialen (4) Faktoren (vgl. Abbildung 1). Ihre Kenntnis – für sich allein genommen –, erklärt noch keinen Suizid; in einer besonderen dramatischen Verknüpfung können sie jedoch an Bedeutung gewinnen. Dann hilft das Wissen um die möglichen Entstehungsbedingungen, gefährdete Menschen in Krisensituationen zu begleiten bzw. ein soziales Klima und Bewusstsein zu schaffen, welches Suizidalität im Vorfeld verhindert.

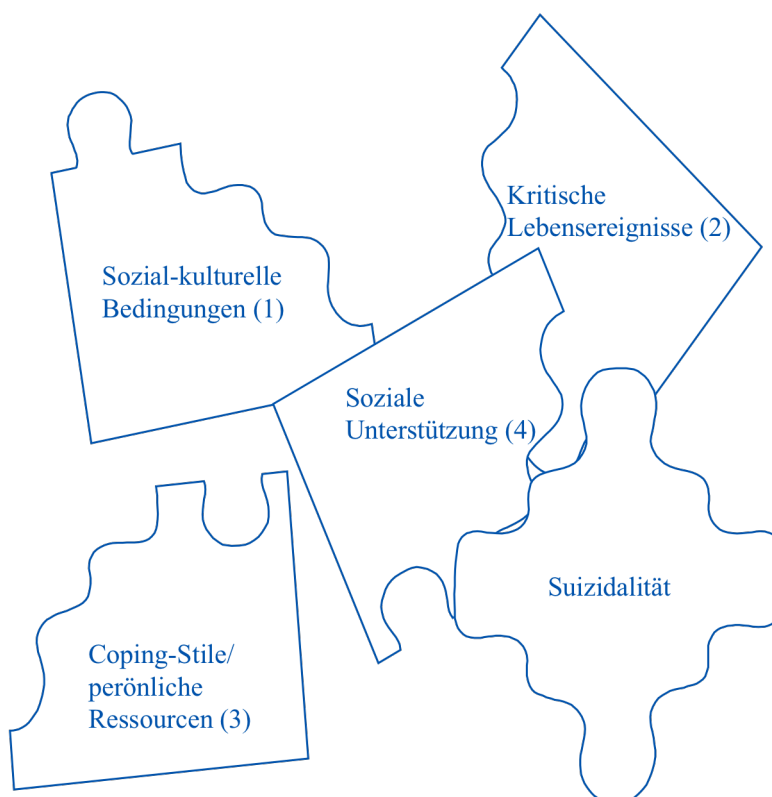


Abb. 1: Merkmalskonstellationen bei Suizidalität



## Sozial-kulturelle Bedingungen

Neben der gesellschaftlichen Desintegration – wie von Dürkheim beschrieben – kann das negative Altersbild für die hohe Suizidrate alter Menschen verantwortlich gemacht werden. Das negative Altersbild nährt sich aus dem Vorurteil, Alter sei gleichbedeutend mit geistigem, seelischem und körperlichem Abbau. Das negative Altersstereotyp wirkt im Sinne einer „Selffulfilling-Prophecy“. Der fortschreitende Verlust von Kompetenzen und sozialen Kontakten führe zu verstärkter Passivität, so die Annahme. Am Ende stehen Einsamkeit, Krankheit und Pflegebedürftigkeit. Diese zunächst nur vorgestellten stereotypen Verhaltenserwartungen gewinnen allmählich Einfluss auf das Selbsterleben und die Lebensbedingungen älterer Menschen. Sie begrenzen zunehmend den Lebensradius der älteren Menschen und deren Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Theoretisch untermauert wird diese Rückzugsideologie durch die Desengagement-Theorie, wonach es den Menschen selber ein Bedürfnis ist, nach geschäftigem Leben sich kontinuierlich aus dem gesellschaftlichen Leben zurückzuziehen und sich auf sich selber und das Lebensende zu konzentrieren (Cumming & Henry 1961).

Weitere Untersuchungen präsentieren dagegen ein anderes Altersbild (Baltes 1997). Die Berliner Altersstudie vermittelt „Erkenntnisse über die Zielgruppe alte Menschen“. Die Ergebnisse basieren auf einer interdisziplinären Erhebung von 516 alten Menschen zwischen 70 und 103 Jahren. Die Autoren weisen mit Nachdruck darauf hin, dass die Vorstellung, Alter sei eine insgesamt negativ und problematisch zu bewertende Lebensphase nicht der Wirklichkeit entspreche. Sie begründen ihre Ansicht mit Belegen zur Selbsteinschätzung älterer Menschen, wo nach die meisten Menschen mit ihrem Leben zufrieden sind. 2/3 der befragten Personen fühlen sich gesund, über 2/3 fühlen sich selbständig und unabhängig. Mehr als 9 von 10 haben noch ausgeprägte Lebensziele, und nur ein Drittel lebt vorwiegend vergangenheitsorientiert. Die Autoren räumen ein, dass diese positive subjektive Befindlichkeit sich nicht immer mit der objektiven Lage deckt. Allerdings gibt es auch viele positive Belege für eine objektiv positive Alterssituation. Alte Menschen fühlen sich nicht nur selbständig, ihre Lebenssituation entspricht objektiv diesem Lebensgefühl. Mehr als neun von 10 leben in Privathaushalten, dagegen leben weniger als 10 Prozent in Heimen. Neun von zehn der Befragten sind nicht pflegebedürftig. Bei den 85jährigen und Älteren ist nur ein Fünftel pflegebedürftig, und nur ein Drittel ist hilfsbedürftig. Von einer Gleichstellung von Alter und Gebrechlichkeit kann also nicht ausgegangen werden. Ebenso positiv erscheinen die Ergebnisse im psychisch-geistigen Befinden. Nur ein knappes Viertel der 70jährigen und Älteren weist psychiatrische Störungen auf. Depressionen, so die Altersstudie, nehmen mit dem Alter nicht zu. Auch die Vorstellung



vom Alter als Phase von sozialer Isolation, gesellschaftlichem Rückzug und von Nichtstun verweisen die Berliner in den Bereich der realitätsfernen Klischees und Vorurteile. Die alten Menschen sind dagegen sowohl im sozialen Umfeld als auch im eigenen Hause aktiv. Allerdings, so die Autoren der Studie, darf die Zurückweisung eines negativen Altersbildes nicht darüber hinweg täuschen, dass die Befunde ebenso die Unausweichlichkeit körperlichen und geistigen Abbaus, die Zunahme chronischer Leiden mit höherem Alter und die vielfältigen Folgen sensorischer, geistiger und körperlicher Einschränkungen für eine selbständige und aktive Lebensführung belegen. Jenseits des 80sten Lebensjahres nehmen Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit zu. Soziale Kontakte nach außen nehmen ab, Gefühle der Einsamkeit treten auf. Vor allen Dingen erhöht sich die Abhängigkeit von anderen Menschen, die bis zur Heimunterbringung führen kann. Auch gerontopsychiatrische Erkenntnisse belegen eine Verschlechterung. Nach dem 80sten Lebensjahr nimmt die Altersdemenz zu, bis sie bei den 90- und 100jährigen eine Wahrscheinlichkeit von 50 Prozent erreicht.

Trotz dieser wissenschaftlichen Korrekturen an Altersbild und Einschätzung der Lebenssituation älterer Menschen bleibt die Tatsache bestehen, dass Suizid insbesondere ein Phänomen des Alters und da insbesondere ein geschlechtsspezifisches Phänomen ist, nämlich das der älteren Männer. Woran kann das liegen?

### Kritische Lebensereignisse

Wenn auch von einem allgemeinen Rollen- und Statusverlust nicht ausgegangen werden kann, so sind doch erhebliche Rollen- und Statusveränderungen im Alter festzustellen. Diese Rollen- und Statusveränderungen stehen im Zusammenhang mit bestimmten altersbedingten kritischen Lebensereignissen. Ihre Bewältigung erfordert eine hohe Anpassungsleistung. Bei den meisten älteren Menschen kann – laut Berliner Altersstudie – von einer gelungenen Bewältigung von Problemsituationen ausgegangen werden. Gelingt die Bewältigung jedoch nicht, so können diese kritischen Lebensereignisse als mögliche Erklärung für den Alterssuizid herangezogen werden.

Welche sozialen Situationen sind nun alterstypisch und bedingen besonders gravierende Veränderungen im Lebenslauf älterer Menschen?

### Ausscheiden aus dem Erwerbsleben

Beim Suizid lassen sich keine schichtspezifischen Unterschiede feststellen. Dennoch kann das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben persönliche Krisen nach sich ziehen. In unserer Gesellschaft wird der soziale Status einer Person weitgehend über die berufliche Position und Leistung bestimmt. Entsprechend bedingt die Aufgabe der Erwerbstätigkeit/des Berufes einen



Stauseinschnitt. Besonders dramatisch wird das Fehlen der Berufsarbeit erlebt, wenn dieser Prozess unfreiwillig über Arbeitslosigkeit eingeleitet wurde. Arbeitslosigkeit ist ein Angriff auf das Selbstwertgefühl von Menschen. Sie erleben sich als nutzlos und abgeschoben. Für viele Menschen ist der Beruf eine Achse, um die sich das Leben dreht. Für sie bedeutet die Aufgabe der Erwerbstätigkeit eine einschneidende Lebensveränderung. Damit verbunden ist:

- die Übernahme einer anderen Rolle mit neuen Verhaltenserwartungen
- eine Veränderung in den familiären Kontakten
- eine Umstrukturierung des bisher durch die Berufstätigkeit rhythmisierten Tagesablaufs
- unter Umständen eine finanzielle Einbuße
- eine Verlagerung des persönlichen Engagements und Interesses von einer Welt der Arbeit auf eine Welt der freien Zeit.

Neue Aufgaben und Mitwirkungsmöglichkeiten zu finden kann zum Problem werden. Die Erwerbsarbeit bestimmte den gesamten Lebensrhythmus. Erstreckte sich die Erwerbstätigkeit vorwiegend auf monotone und fremd bestimmte Arbeit und fand in der Freizeit kein kreativer Ausgleich statt, dann kann freie Zeit zu gestalten zu einem Problem werden. Langeweile und ein Gefühl der Nutzlosigkeit können zum bestimmenden Lebensgefühl werden.

Eine suizidauslösende Wirkung kann die Berufsaufgabe vor allen Dingen dann haben, wenn der bisher ausgeübte Beruf nicht nur die Möglichkeiten zur Selbstverwirklichung und Anerkennung bot, sondern die Kontakte zu Kollegen einen Ausgleich zu familiären Konflikten bedeutete.

### Geschlechtsspezifische Aspekte

Die statistische Analyse zeigt, dass die Suizidraten der älteren weiblichen Bevölkerung tendenziell unter denen der älteren männlichen Bevölkerung liegen. Unter Umständen kann dies mit in der älteren Generation noch stärker vorhandenen starren geschlechtsspezifischen Aufgabenverteilung in Zusammenhang gebracht werden. Die sozialen Aufgaben der Frau sind durch Haushalt und Familie klarer definiert. In der Regel kann sie ihre zentrale Rolle in der Familie bis ins hohe Lebensalter aufrecht erhalten. Der aus dem Berufsleben ausscheidende Mann muss dagegen seine Rolle im Haushalt völlig neu definieren.



### Tod des Partners oder der Partnerin

Ca. 54 Prozent aller Frauen und 17 Prozent der Männer über 65 Jahren sind verwitwet. Der Tod des Partners kann den Hinterbliebenen in starke Krisen stürzen. Untersuchungen haben gezeigt, dass im ersten Jahr nach dem Tod des Partners eine bis zu 7fache Erhöhung der Sterblichkeit bei Verwitweten zu verzeichnen ist; dass auch der Gesundheitszustand sich verschlechtert und psycho-somatische Beschwerden auftreten können. Von der erhöhten Sterblichkeit sind vor allen Dingen die Männer betroffen. Auch das Suizidrisiko ist für verwitwete Männer höher. Die unterschiedlichen Zahlen der von Verwitwung betroffenen Männer und Frauen lassen dies vermuten. Wie ist das zu erklären? Möglicherweise lässt sich dieses Phänomen ebenfalls geschlechtsspezifisch deuten, wonach verwitwete Frauen den Partnerverlust leichter durch familiäre Kontakte zu kompensieren vermögen, während Männer – in der Regel auch älter als die angeheirateten Frauen – mit reduzierten Sozialkontakten reagieren. Zukunft und neue Lebensperspektiven geraten auch aufgrund eigener lebenszeitlicher Begrenzung nicht mehr ins Blickfeld.

### Erkrankungen

Die Berliner Altersstudie hat zwar aufgezeigt, dass Altern nicht mit Krankheit und Gebrechlichkeit gleichzusetzen ist. Dennoch verweisen auch sie auf die Tatsache, dass insbesondere im höheren Lebensalter krankheitsbedingte Kompetenzeinbußen zu verzeichnen sind. Charakteristisch für die Erkrankungen im hohen Lebensalter sind ihr chronischer Verlauf sowie ihr multimorbides Auftreten, also das Auftreten mehrerer gleichzeitiger Erkrankungen. Ein Zusammenhang zwischen alterssuizidalen Handlungen und somatischen Erkrankungen ist durch Untersuchungen belegt (Erlemeier 2011). Allerdings kann das Auftreten von Krankheit und erhöhtes Suizidrisiko nicht schlicht gleichgesetzt werden. Die Ergebnisse werden modifiziert durch den Hinweis, dass zusätzlich auch die Angst vor Erkrankung eine suizidauslösende Wirkung haben kann.

### Einsamkeit und Isolation

Verbunden mit Krankheit ist häufig eine Einschränkung der Aktivitäten und damit ein Verlust an sozialen Kontakten. So können auch die durch Isolation hervorgerufenen Einsamkeitsgefühle eine suizidale Handlung auslösen. Isolation ist nicht mit Einsamkeit gleichzusetzen. Isolation ist zunächst nur ein Kriterium für die Häufigkeit bzw. das Fehlen sozialer Kontakte, während Einsamkeit ein subjektives Gefühl ist. So können sich Menschen, die durchaus über soziale Kontakte verfügen, einsam fühlen. Die Qualität der sozialen Beziehungen, die Möglichkeit zur Intimität und Nähe, ist von entscheidender Bedeutung. Die unfreiwillige Isolation –



möglicherweise hervorgerufen durch chronische Erkrankungen – sowie ein beziehungsloses Miteinander-Agieren lassen Einsamkeitsgefühle entstehen.

### Heimeintritt

Häufig versprechen sich pflegebedürftige Menschen eine Verbesserung ihrer sozialen Situation durch den Umzug in ein Altenpflegeheim. Mit dem Heimeintritt verbunden ist ein grundlegender Wandel in der gesamten Lebenssituation. Pflegebedürftigen Menschen, deren Anpassungsfähigkeit sowieso eingeschränkt ist, wird eine enorme Anpassungsleistung an die speziellen Normen, Verhaltensstandards und Strukturen des Heimes abverlangt. Eine Fortsetzung des bisherigen Lebens ist selten möglich. Der „Heim“-Kunde ist König bleibt eine Illusion, solange sich die Organisationsstrukturen an den betrieblichen Notwendigkeiten orientieren und nicht an individuelle Lebensgewohnheiten der dort lebenden Menschen. So erfüllen sich die Erwartungen an befriedigende soziale Kontakte und Geborgenheit selten. Im Gegenteil, es kommt neben reduzierten Kontakten zu Phänomenen wie eingeschränktem Zeitgefühl, negativem Selbstbild, Lebensunzufriedenheit, eingeschränktem Zeitgefühl, negativem Zukunftsbezug. Verstärkt werden diese Phänomene insbesondere dann, wenn die Heimübersiedlung unvorbereitet für den Betroffenen kam.

Die aufgeführten sozialen Faktoren erklären nicht für sich allein genommen das Phänomen Alterssuizid. Sie sollen helfen den Blick zu schärfen, dass auch soziale Ursachen in ihrer Wechselwirkung mit anderen Faktoren auslösend wirken können.

### Coping-Stile und persönliche Ressourcen

Ob kritische Lebensereignisse verarbeitet werden können, steht im Zusammenhang mit persönlichkeitspezifischen und biografischen Faktoren. Die Bewältigung von krisenhaften Ereignissen hängt davon ab, inwieweit der betroffene Mensch über Verhaltensweisen bzw. persönliche Fähigkeiten verfügt, mit der Beeinträchtigung, dem Verlust, der Begrenzung umzugehen. Inwieweit gelingt es ihm, seine eigenen Bedürfnisse mit den veränderten äußeren und inneren Gegebenheiten in Einklang zu bringen. Thomae (1992) geht davon aus, dass das Erleben einer krisenhaften Situation nicht so sehr durch objektive Faktoren bestimmt wird als vielmehr durch die subjektive Deutung und Bewertung der veränderten Lebenssituation. Krisenbewältigung ist dann ein Prozess, in der es dem Menschen gelingt, durch Änderung der äußeren Lebensumstände oder der inneren Bedürfnislage das verlorengegangene innere Gleichgewicht wieder herzustellen. Auf welche Weise gelingt es Menschen nun, Krisen und Konflikte zu bewältigen? Es gibt unterschiedliche Formen der Auseinandersetzung und Reaktionsweisen. Sie reichen von aktiver Problemlösung und Anpassung bis hin zur Abwehr der



bedrohlichen Situation und der angstbesetzten Gefühle. Es hängt von der jeweiligen Persönlichkeit ab, welche Verhaltensmuster sie bevorzugt. Die individuellen Reaktionsweisen sind biografisch erworben und im Laufe der Entwicklung zu stabilen Verhaltensmustern geworden. Von Bedeutung ist, dass jede Bewältigungsstrategie ihren Sinne hat; es gibt kein richtig oder falsch. Es ist die individuelle Art eines Menschen, Probleme und Konflikte zu lösen. Regressive oder aggressive Reaktionsweisen können in entsprechenden Situationen ihre Berechtigung haben. Für die Angehörigen und die professionellen Begleiter kommt es darauf an, unter Einbeziehung vorhandener Ressourcen die betroffenen Menschen in ihrem Heilungs- und Lebensprozess zu stärken. Der Unterstützungsprozess unterliegt keinen Rezepten; er ist ein lebendiges kommunikatives Geschehen, in dem es darum geht, den Menschen zu ermutigen, mit seinen Ressourcen, Stärken und Kräften sein Leben neu zu gestalten.

### Soziale Unterstützung

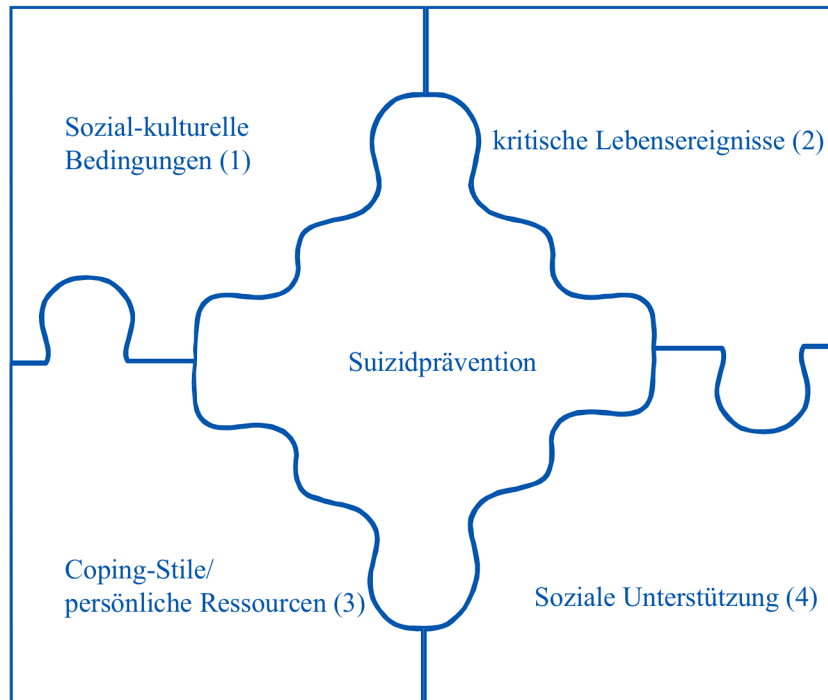
Die Unterstützung durch andere Menschen und die Einbindung in ein soziales Netz sind eine der wichtigsten Bedingungen bei der Bewältigung von Krisen. In der einführenden Begleitung von Menschen gelingt es leichter, sich mit Unausweichlichem auseinanderzusetzen oder sich dem Verlusterlebnis zu stellen. Daher geht es in der professionellen Begleitung von suizidgefährdeten Menschen vor allem darum, eine tragfähige Beziehung aufzubauen. Der folgende Abschnitt, indem es im Rahmen von Suizidprävention speziell um pflegerisch-therapeutischen Interventionen geht, führt Unterstützungsmöglichkeiten näher auf.

## 6. Suizidprävention

---

Suizidprävention bezieht alle Ebenen der Krisenbewältigung mit ein: die sozial-kulturellen, die persönlichkeitspezifischen und biografischen Faktoren sowie das Unterstützungspotential im sozialen Umfeld (Abbildung 2). Der erste Schritt ist, die suizidale Handlung zu verhindern. Weitere Schritte neben der Krisenintervention bestehen in der langfristigen sozialen Einbindung des gefährdeten Menschen.





*Abb. 2: Suizidprävention als multidimensionale Unterstützung*

Suizid ist nicht nur ein Symptom einer psychischen Erkrankung, sondern grundsätzlich eine dem Menschen mögliche Handlung (Hemmer 1995). Auch Dörner und Plog (2002) betonen, dass der Suizid grundsätzlich eine mögliche Lösung eines Konfliktes darstellt. Der Mensch in der Krise, zwischen Untergang und Neuanfang stehend, handelt als freier Mensch, wie groß auch der Druck und Zwang der inneren und äußeren Umstände sein mag.

Die Vorstellung, dass jeder Mensch autonom ist, heißt nicht Suizidprävention zu vernachlässigen. Im Gegenteil, sie hat jedoch Auswirkungen auf die Art und Weise der Hilfeleistung und die pflegerisch-therapeutischen Begleitung.

Suizidprävention geschieht auf drei Ebenen (Abbildung 3).

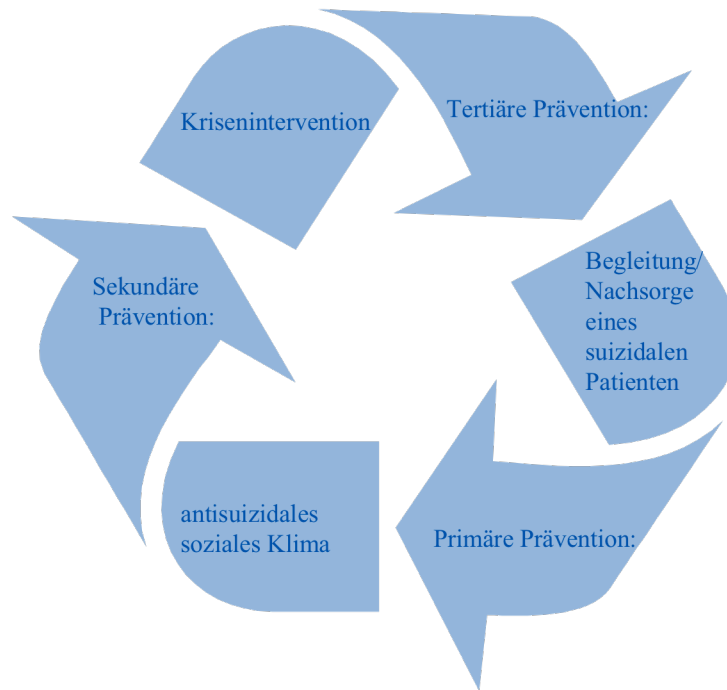


Abb. 3: Maßnahmen der Suizidprävention

Auf der Ebene der Primärprävention haben wir es mit Maßnahmen zu tun, die allgemein ein antisuizidales gesellschaftliches Klima herzustellen vermögen. Dazu gehören strukturelle und institutionelle Rahmenbedingungen zur Suizidprävention. Solche Rahmenbedingungen sind beispielsweise durch ein effektives Care-Management gegeben, einem Verbundsystem professioneller Angebote. Care-Management ist Versorgungsmanagement. Es hat den Zweck, ein möglichst abgestimmtes, koordiniertes und multidisziplinäres Vorgehen zwischen den Pflege-, Gesundheits- und Sozialdiensten sowie dem suizidgefährdeten Menschen und seinen Angehörigen zu ermöglichen. Care-Management ist gekoppelt an ein wirkungsvolles Case-Management, also an ein individuelles Unterstützungsmanagement.

Ein Case-Manager handelt vor allem auf der Ebene der Sekundärprävention. Professionelle Begleiter suizidaler Patienten agieren in der Funktion eines Case-Managers. Sie fungieren als sog. Schnittstellenkoordinatoren zwischen medizinischer, pflegerischer und sozialer Betreuung. Case-Manager haben die Aufgabe, die formellen sozialen, medizinischen und pflegerisch-therapeutischen Interventionen und die informellen Hilfen gemeinsam mit dem betroffenen Menschen so zu koordinieren, dass sie zur Stabilisierung seiner individuellen Situation beitragen



(Falk 2015). Es geht vorrangig um Krisenintervention und die pflegerisch-therapeutische und soziale Begleitung des suizidgefährdeten Menschen.

Auf der Ebene der tertiären Prävention geht es um die Versorgung und Pflege eines suizidalen Patienten nach einem Suizidversuch. Darin eingeschlossen ist die langfristige Nachsorge sowie die Verhinderung eines erneuten Suizidversuchs.

Im Folgenden werden pflegerisch-therapeutische Maßnahmen vorgestellt, die sowohl im tertiären als auch im sekundären Präventionsbereich angesiedelt sind.

Symptome Beeinträchtigung (1)			Suizidphantasien/ - ankündigung (2)	Aggression (3)
psychosozial	kommunikativ	sinnbezogen		
fehlende Aufgaben fehlende Zukunftsperspektive Resignation Ohnmacht	Rückzug Sprachlosigkeit Vereinsamung	Hoffnungslosigkeit Verzweiflung fehlender Lebenssinn	Äußerung von Todeswünschen Phantasien über Todesart	Selbstentwertung Selbsthass Aggressionshemmung
Vorschläge zur sekundären und tertiären Suizidprävention				
Aktivitäten durchführen  die Sinne anregen	Gespräche über Trauer, Schmerz, Schuld Aggression  Vertrag	Hilfsplan erstellen Selbstvertrauen stärken  neue Perspektiven	Einzelbetreuung  über Todeswünsche sprechen  Lebenswillen stärken	Bewegung  Angehörigenarbeit  Trauerarbeit

Tabelle 4: Vorschläge zur Sekundären und Tertiären Suizidprävention



## Vorschläge zur sekundären und tertiären Suizidprävention

### Psychosoziale Beeinträchtigungen im Erleben und Verhalten des suizidalen Patienten

Das psychosoziale Erleben ist eingeschränkt. Es ist möglich, dass der Patient über Gespräche zu einer neuen Sichtweise gelangt und die Situation umdeutet. Unterstützt wird diese Umstrukturierung durch Aktivitäten, die positive Erfahrungen ermöglichen. So kann über entspannende Bäder in einer angenehmen Atmosphäre, Einreibungen, Massagen, Atemübungen und Kreislauftrainings ein neues Körpererleben angeregt werden. Sinnvolle Beschäftigungen, kreative Arbeiten fördern Sinn- und Erfolgserlebnisse. Lieblingsspeisen und Essgewohnheiten verschaffen Sinnesfreude und tragen zur Stabilisierung des Patienten bei. Eine Pro- und Kontra-Liste kann geführt werden: „Was hat mir heute Freunde bereitet? Was hat mir missfallen?“ Sie hilft, täglich Bilanz zu ziehen und Positives zu vermerken. Dem Patienten werden so neue Sichtweisen und Bewertungen eröffnet.

### Kommunikative Beeinträchtigung

Die Kommunikation mit suizidgefährdeten Menschen ist gestört. In den Gesprächen ist es wichtig, den Patienten von seinem Gefühlsdruck zu entlasten. Dazu braucht er einen einführenden, nichtwertenden Raum, um über seine Gefühle von Trauer, Schmerz, Schuld, Versagen und Aggressivität sprechen zu können. Er braucht Ermunterung, seine Wut zu zeigen und zu weinen, zu seiner Schwäche zu stehen. Vielleicht hilft es – ob dem Suizidgefährdeten oder der Mitarbeiterin – einen Vertrag abzuschließen: „Ich verspreche bis zum nächsten Mal am Leben zu bleiben, alle Möglichkeiten zu nutzen, egal wie ich mich fühle. Ich kann Sie jederzeit anrufen“. Die Kommunikationspartner sollten einführend den Patienten so akzeptieren, wie er ist, ihn aber konsequent führen, dabei echt bleiben und sich selbst als Person einbringen.

Dörner & Plog (2002) weisen auf die Gefahr hin, die darin besteht, wenn das begleitende Personal elementare Kommunikationsregeln zu suizidgefährdeten Menschen verletzt:

- Wenn eine Suizidäußerungen nicht ernst genommen wird, auf den Patienten eingeredet wird, bis er Einsicht zeigt und das Positive – dem Begleiter zuliebe – sieht, wird verhindert, dass er seine Verzweiflung mitteilt. Das fördert seinen späteren Suizid.
- Wenn das verantwortliche Personal dem suizidgefährdeten Menschen Fragen stellt, aber die eigenen Gefühle für sich behalten werden, treibt ihn das noch mehr in die Isolation. Die Haltung: „Ich bin verantwortlich für ihn, was geht ihn also meine Angst an?“, verhindert kommunikative Resonanz.



- Wenn Maßnahmen beschlossen werden, medikamentöse, psychotherapeutische oder soziale Eingriffe festgelegt werden, ohne Rücksicht darauf, ob die Veränderung schon von dem Patienten selbst ausgehen und ertragen werden, werden zahllose Selbsttötungen, die gerade zu Beginn und am Ende therapeutischer Aktivitäten häufig sind, begünstigt. Die Gefahr besteht darin, dass die Verantwortlichen die Krise nach ihrem Tempo forcieren. Sie begünstigen dadurch den Suizid. „Und warum?“, fragen Dörner und Plog. „Weil ich mich zum Herrn über Leben und Tod mache, ohne den Anderen an sich selbst zu beteiligen.“

### Sinnbezogene Beeinträchtigung

Der Patient findet keinen Lebenssinn mehr. Solange er noch nicht selbst davon überzeugt ist, dass es einen Sinn macht zu leben, vermitteln die ihn begleitenden Personen stellvertretend ihre Zuversicht, dass er die Krise bewältigen wird. Das Wichtigste ist, sein Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl zu stärken. Um langfristig neue Perspektiven zu entwickeln, könnte es hilfreich sein, einen Hilfsplan mit kurzfristigen Zielen aufzustellen: Alternativen in Verhalten, Beziehung, Wohnung, Arbeit: Bis wann? Wie? Womit wird geplant? Wer führt was durch? Welche Hilfssysteme, soziale Ressourcen, Bezugspersonen sind zu mobilisieren? Welche Kontakte neu zu knüpfen?

### Suizidphantasien und -ankündigung

Die meisten Menschen, die Suizid begehen wollen, kündigen ihr Vorhaben an. Diese Signale müssen wahr- und ernstgenommen werden. Ziel der pflegerisch-therapeutischen Arbeit besteht darin, den Patienten von seinem Vorhaben abzubringen. Im Weiteren geht es darum, seine Selbstheilungskräfte und seinen Lebenswillen zu aktivieren und mit ihm gemeinsam neue Perspektiven erschließen. Neue Perspektive sind immer gekoppelt an soziale Unterstützung und Einbindung.

Eine Bezugsperson, die den besten Zugang zum Patienten hat, fühlt sich in besonderer Weise für ihn verantwortlich und stellt eine möglichst kontinuierliche Betreuung und Begleitung sicher. Das an der Begleitung des Patienten beteiligte Pflegepersonal muss sein Verhalten gezielt beobachten: Stimmungsänderungen werden dem Arzt mitgeteilt und dokumentiert. Auf alle Anzeichen von Suizidalität ist zu achten. Darüber hinaus werden gezielt die Wirkungen und Nebenwirkungen der angeordneten Medikamente beobachtet und dokumentiert. Zu beachten ist, dass ein verstärktes Selbstmordrisiko besteht, wenn die medikamentöse Therapie (Antidepressiva) zu schnell und zu aktivierend wirkt, der Lebenswille und die Selbsthilfemöglichkeiten des Patienten dagegen noch nicht gestärkt sind.



Schädle-Deininger und Villinger (1996) weisen darauf hin, dass Einzelbetreuung ebenso belastend für den Patienten wie für den Mitarbeiter sein kann. Daher ist zu überlegen, welche Vorerfahrungen bezüglich persönlicher Nähe und Distanz mit diesem Patienten bestehen, welches Maß an Nähe und Distanz bei diesem Patienten für zuträglich gehalten wird, mit welchen Mitteln Nähe hergestellt werden kann, wenn der Patient sich zurückzieht oder sich abweisend verhält, wann und wie bei einem fordernden Patienten zu große Nähe begrenzt werden kann.

Es ist zu entscheiden, ob und von wem der Patient regelmäßig Gespräche angeboten bekommt oder ob auf ein Signal seinerseits gewartet wird, welchen Raum seine Todeswünsche in den Gesprächen einnehmen sollen.

Es ist zu überlegen, welche anderen Gesprächsinhalte oder ablenkende Beschäftigung dem Patienten angeboten werden kann. Es ist zu entscheiden, ob diese Alternativen dem Patienten vorsichtig nahegebracht werden oder ob er mit Nachdruck dazu aufgefordert wird.

Darüber hinaus muss festgelegt werden, wie die Ablösung erfolgen und wie der Betreuer sich Hilfe holen kann.

Wird ein Patient aus der Klinik entlassen, ist die Nachbetreuung im Vorfeld zu regeln. Vor der Entlassung sollte ein Kontakt mit einer ambulanten Beratungsstelle aufgenommen werden. Es geht vor allem darum, die soziale Eingliederung sicherzustellen.

### Aggression

### Bewegung/Sport

Bewegung ist ein gutes Mittel, einen psychosozialen Ausgleich zu schaffen bei aggressiven Impulsen. Über die körperliche Bewegung verliert man angestaute Energie, ein körperliches Wohlbefinden stellt sich ein. Jeder, der sich sportlich betätigt, weiß um die Wirkung ausreichender Bewegung für ein positives Körpererleben.

### Angehörigenarbeit und „Trauerarbeit“ auf der Station nach vollzogenem Suizid

Pflegende, Ärzte, Therapeuten stoßen an ihre eigenen Grenzen, wenn ein Patient während des Klinikaufenthaltes sich das Leben genommen hat. Der Patientenselbstmord ist ja nicht auszuschließen; er belastet nicht nur die menschliche, sondern zugleich auch die berufliche Identität aufs Schwerste (Hemmer 1996). Ein Suizid aktiviert Schuldgefühle und konfrontiert mit Versagensängsten. Hinzu kommt die Angst, zur Verantwortung gezogen zu werden oder den



Angehörigen Rede und Antwort stehen zu müssen. Vorwürfe an die Mitarbeiter, den Suizid nicht durch geeignete Maßnahmen verhindert zu haben, werden selten offen zur Sprache gebracht, sind jedoch häufig atmosphärisch vorhanden. Wichtig ist in dieser Situation offen über die Gefühle zu sprechen und die Fragen zu beantworten (Schädle-Deininger, Villinger 1996): „Warum hat er sich das Leben genommen? Mit welcher Methode? Hat das Team gewusst, dass er so gefährdet ist? War er so schwer krank? Wer hat ihn gefunden?“ usw.

Nicht nur im Stationsteam, auch mit den anderen Patienten muss über den Suizid gesprochen werden, weil bei vielen Patienten eine latent vorhandene Suizidalität wieder aktualisiert werden kann.

Für das begleitende Personal ist Supervision unerlässlich. Es geht darum, sich den eigenen Schuld- und Versagensgefühlen zu stellen. Supervision hilft darüber hinaus, sich mit Sinn- und Existenzfragen auseinanderzusetzen, um die eigene Sensibilität im Umgang mit suizidgefährdeten Menschen zu erhalten.

Hilfen für die Angehörigen sind ebenfalls notwendig. Selbstvorwürfe und Schuldgefühle können auftreten und dazu führen, den Suizid tot zu schweigen. Deshalb ist es sinnvoll, Selbsthilfegruppen anzuregen, in denen Angehörige unter professioneller Begleitung ihre Gefühle und Konflikte offen ansprechen können. Das Verständnis von Menschen, die ähnlich belastende Situationen erlebt haben, hilft Belastendes aufzuarbeiten. Solche Gesprächskreise könnten an ambulanten Beratungsdiensten angegliedert sein.

## 7. Didaktische Vorschläge zur Sensibilisierung für den Interaktionsprozess

---

Suizidprävention setzt auf der primären Ebene an. Wir haben Maßnahmen zur Suizidprävention im tertiären und sekundären Bereich vorgestellt. Letztlich greifen alle Maßnahmen in einander über. Im Folgenden werden Vorschläge unterbreitet, wie das Thema Suizid in Aus- und Fortbildung aufgearbeitet werden kann. Da das notwendige Fachwissen in traditionellen Lehr-Lern-Formen vermittelt werden kann (Referate, Gruppen- und Einzelarbeit, Lehrvortrag etc.), stellen wir hier didaktisch-methodische Einheiten vor, die einen hohen Persönlichkeits- und Erfahrungsbezug der Lehrenden und Lernenden ermöglichen und für den Interaktionsprozess sensibilisieren.



Ziele der Lerneinheiten:

Die Teilnehmer\_innen

- haben sich Fachwissen über Demografie, Ausmaß, mögliche psychosoziale Ursachen der Suizidproblematik im Alter angeeignet;
- sie kennen die Symptome suizidalen Verhaltens, können sie beobachten und beschreiben;
- sie wenden Maßnahmen der Suizidprophylaxe sowohl im primären, sekundären und tertiären Bereich an;
- sie setzen sich mit ethischen Lebens- und Existenzfragen auseinander;
- sie reflektieren ihre Bereitschaft, in der Begleitung von Menschen Nähe zuzulassen bzw. sich abzugrenzen;
- sie bringen eigene Erfahrungen ein und setzen sich mit denen anderer auseinander;
- sie erweitern ihre kommunikative Kompetenz in der Begleitung suizidaler Patienten.

Symptome Beeinträchtigung (1)			Suizidphan- tasien/ -ankündigung (2)	Aggression (3)
psychosozial	kommunikativ	sinnbezogen		
fehlende Aufgaben fehlende Zukunftsperspektive Resignation Ohnmacht	Rückzug Sprachlosigkeit Vereinsamung	Hoffnungslosigkeit Verzweiflung fehlender Lebenssinn	Äußerung von Todeswünschen Phantasien über Todesart	Selbstentwertung Selbsthass Aggressionshemmung
Vorschläge zur sekundären und tertiären Suizidprävention				
Aktivitäten	Gespräche über	Hilfsplan erstellen	Einzelbetreu	Bewegung





durchführen Sinne anregen	Trauer, Schmerz, Schuld Aggression  Vertrag	Selbstvertrauen stärken neue Perspektiven	ung über Todes- wünsche sprechen Lebens- willen stärken	Angehöri- genarbeit Trauerarbeit
Didaktische Vorschläge zur Sensibilisierung für den Interaktionsprozess				
Primäre Suizid- prävention: Öffentlich- keitsarbeit	Beziehungs- gestaltung Fallbesprechungen Rollenspiele	Collage: „Meine Ressourcen“	Begleitung in Grenz- situationen	Aufspüren eigener verdeckter Aggressionen

*Tabelle 5: Sensibilisierung für den Interaktionsprozess einschließlich didaktisch-methodischer Überlegungen zur Suizidprophylaxe*

## Primäre Suizidprävention: Öffentlichkeitsarbeit

### Einen Artikel schreiben

Aufgabe ist, Öffentlichkeit für das Problem des Alterssuizids herzustellen. Es geht um die Aktualisierung des Faktenwissens der Teilnehmer\_innen. Es werden kleine „Redaktionsteams“ gebildet. Die Aufgabe besteht darin, einen ca. 2seitigen Artikel für die regionale Tageszeitung zu verfassen zu dem Thema:

„Suizid im Alter – ein nicht beachtetes Problem“

Die Artikel werden anschließend vorgelesen und in Bezug auf ihre inhaltliche und formale Darstellung besprochen. Es besteht die Möglichkeit, Kontakt zur Lokalredaktion aufzunehmen, um den Artikel zu veröffentlichen bzw. einen zuständigen Lokalredakteur einzuladen, den man auf das Problem des Alterssuizids aufmerksam machen will.

*Der Artikel folgt folgendem problemorientierten Aufbau:*

1. Einleitung
2. Beschreibung eigener Erfahrungen  
Veranschaulichen Sie Ihre Erfahrungen an konkreten Beispielen. Schildern Sie konkret die Erfahrungen und Sichtweisen von Betroffenen (Kollegen, Angehörige, pflegebedürftige Menschen usw.).



### 3. Beschreibung des gesellschaftspolitischen Ist-Zustands

Nun untersuchen Sie den Sachverhalt. Wie stellt sich Ihrer Ansicht nach die derzeitige Situation von Suizid alter Menschen in Deutschland dar. Beschreiben Sie die Ist-Situation. Nutzen Sie zur Beantwortung dieser Frage auch die recherchierten Pressemitteilungen.

Veranschaulichen Sie die dargestellten Probleme in ihren Auswirkungen auf die Betroffenen/Beteiligten.

### 4. Analyse des Problems

Analysieren Sie die Ursachen des Problems (Gesundheitspolitik, Demografie usw.). Wieso ist es zu dieser Entwicklung/Situation gekommen?

### 5. Problemlösung und -bewertung

Zeigen Sie Wege zur Problemlösung auf. Welche Maßnahmen zur Lösung schlagen Sie vor?

Bewerten Sie Ihre Lösungen im Hinblick auf die Chance einer Problembeseitigung. Welche Auswirkungen haben die Lösungen auf die Beteiligten und mit welchen möglichen Widerständen Betroffener müssen Sie rechnen?

### 6. Ausblick

Welche Schlussfolgerungen ziehen Sie aus Ihrer Analyse und Lösungsbewertung – auch für sich persönlich?

#### *Hinweise zum Schreiben eines Artikels*

- Intention/Absicht, den Artikel zu schreiben

Sie haben etwas zu sagen ... Sie möchten die Leser einer Zeitung über das Problem informieren, und Sie möchten Ihr Zielpublikum in Ihrem Sinne beeinflussen.

Wenn Sie die 6-W-Fragen beantworten und sich Stichpunkte dazu machen, bekommen Sie die wichtigsten Informationen für den Artikel.

Zeitungsartikel wie auch der Bericht ähneln einander stark im Aufbau:

Einleitung	Wer...?
------------	---------



	Was...? Wann...? Wo...? Wie...? Warum...?
Hauptteil	s. problemorientierter Aufbau
Schluss	Zusammenfassung/Ausblick
Zeitform	Präsens
Sprache	Formulieren Sie Ihren Artikel sachlich und klar. Bilden Sie möglichst einfache und verständliche Sätze. Der Inhalt orientiert sich am Interesse des Lesers. Trennen Sie Fakten von Meinung.

- Eine Headline überlegen  
Über Ihrem Artikel steht ein kurzes Motto – das ist die Headline. Dieses Motto fasst Ihr Anliegen zusammen. Überlegen Sie zunächst diese Überschrift. Die von mir gewählte Überschrift „Suizid im Alter – ein nicht beachtetes Problem“ ist zunächst nur ein Arbeitstitel. Wenn Sie die Headline gefunden haben, haben Sie bereits das Gerüst Ihres Artikels umrissen.
- Eine Einleitung formulieren  
Für Ihre Einleitung – auch Lead genannt – gilt bei einem Artikel die 6-W-Regel: Wer? Wo? Wann? Was? Wie? Warum?
- Nicht überreden, sondern überzeugen  
Versuchen Sie Ihr Zielpublikum durch Informationen und Argumente zu überzeugen. Ihre Informationen sind hinreichend genug, so dass sich die Öffentlichkeit selber eine Meinung über einen bestimmten Tatbestand bilden kann.
- Vermeiden Sie Superlative!  
Vermeiden Sie Superlative wie einmalig, bestes oder schlechtestes ... Übertreibungen wirken lächerlich und verfehlen Ihre Wirkung.



## Beziehungsgestaltung und Fallbesprechungen

### Fallstricke in der Kommunikation beachten

Im Bereich der Sekundärprävention werden „Fallstricke in der Kommunikation“, die in der Begleitung psychisch erkrankter Menschen auftreten können, thematisiert.

Professionelle Helfer müssen auf die Gefahr vorbereitet werden, die in der Ansteckung von Trauer, bedrückter Stimmung, Hoffnungslosigkeit liegt. Betrachtet man die typischen Interaktionsmuster zwischen Pflegenden und einem psychisch beeinträchtigten Patienten, lassen sich grob zwei unterschiedliche Umgangsformen beschreiben:

- Die einen halten es an irgendeinem Punkt der Interaktion nicht mehr aus, und es fallen Sätze wie: „Jetzt reißen Sie sich doch mal zusammen!“ oder „So schlimm ist das doch auch nicht, es gibt doch noch Schlimmeres!“ usw. Das Pflegepersonal beginnt zunehmend Ratschläge zu geben. „Ich an ihrer Stelle würde jetzt das und das tun...“. Möglicherweise werden sie aggressiv, bekommen darüber Schuldgefühle, weil Pflegende aggressive Gefühle tabuisieren. Sie passen nicht in ihr Selbstbild. Dieses „Nichtwahrhabenwollen“ sowie die Schuldgefühle können depressiv machen.
- Die anderen lassen sich von der depressiven Symptomatik in der Interaktion anstecken. Sie bekommen ebenfalls eine niedergedrückte Stimmung oder werden antriebs- und energielos. Oftmals geht es soweit, dass sie sich nicht mehr mit dem Betroffenen unterhalten wollen, „weil der mich so runter zieht“.

Wie können Pflegende der Gefahr der Ansteckung entgehen? Das blinde Agieren oder den Kontakt vermeiden stellt einen falschen Zugang zu den betroffenen Patienten dar.

Nach Dörner und Plog (2002: 205) schützt eine Suchhaltung bei mir selbst den Patienten vor dem Aktivismus in Worten und Werken. Ich suche in mir, nicht in ihm. ... Ich teile ihm mit Worten und Haltung mit: „Dich verstehen, geht gar nicht, denn ich kann nicht an Deine Stelle treten. Du bleibst für Dich, mir fremd. Nähe entsteht nur über Abstand. Aber deine depressiven Selbsthilfeversuche kenne ich von mir, nicht in dem Ausmaß aber in der Qualität. Ich kann die Erfahrung mit Dir teilen. Du musst mit ihr nicht mehr isoliert sein“ (Dörner und Plog 2002: 204) Ziel ist es, dass der Patient sich besser versteht, nicht, dass die Pflegekraft die Depression des anderen versteht und fühlt.



## Fallbesprechungen

Um Sprachlosigkeit, Überreden wollen und Fluchtverhalten in der Beziehung zu Patienten zu vermeiden, werden „Fallbesprechungen“ angeregt. Kommunikationsstörungen beziehen sich – wie dargestellt – nicht nur auf den Patienten, sie erstrecken sich auch auf das begleitende Personal. Da etliche Teilnehmer\_innen Erfahrungen mit dem Suizid von Patienten oder Altenheimbewohnern gemacht haben, ist es notwendig diesen Erfahrungen Raum zu geben. In strukturierten Fallbesprechungen steht die Erzählende mit ihrem „Fall“ im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Wichtig ist, die anderen Teilnehmer\_innen darauf aufmerksam zu machen, dass weder Ratschläge noch eigene Fälle als Vergleich oder Bestätigung herangezogen werden.

Zu Beginn oder am Ende jeder Sitzung wird für die folgende Sitzung ein Fall ausgewählt, der bearbeitet werden soll. Die Fallauswahl kann aber auch nach einem bestimmten Schema, z. B. reihum, erfolgen. Bevor mit der Fallarbeit begonnen werden kann, müssen die Rollen (Zeitwächter, Moderator) verteilt werden. Erst wenn Aufgaben und Rollen definiert sind, kann mit der Beratungsarbeit begonnen werden.

### 1. Fallvorstellung

Fallgeber/in bringt den Fall ein und versucht das Problem bzw. die Fragestellung zu definieren.

Beratungsteam: Die Beratenden hören zu und machen sich Notizen. Sie fragen noch nicht nach, achten aber auf die nonverbale Kommunikation und ihre eigenen Gefühle, die durch die Schilderung auslöst werden.

Die Fallvorstellung endet mit einer Schlüsselfrage an das Beratungsteam.

### 2. Informationssammlung der Beratenden durch Rückfragen

Beratungsteam stellt nur Informations- und Verständnisfragen; Interpretationen, Hypothesen und „Rezepte“ sind nicht erlaubt.

Fallgeber/in bemüht sich alle Fragen zu beantworten.

### 3. Fallanalyse



Beratungsteam bildet Hypothesen, äußert Vermutungen; teilt Assoziationen Anhaltspunkte, Muster, Indizien, Dynamiken und Gefühle mit. Ich lasse in dieser Phase keine Diskussion im Beratungsteam zu einzelnen Äußerungen zu.

Fallgeber/in: hört zu und macht sich Notizen.

Fallgeber/in äußert sich zu den Hypothesen, Assoziationen, Bildern und Phantasien, die sie angesprochen haben und an die sie sich erinnert.

#### 4. Erarbeitung von Lösungen und Handlungsstrategien

Beratungsteam macht Lösungsvorschläge, sagt, was sie an ihrer Stelle tun würden.

Fallgeber/in hört zu und macht sich Notizen.

Oder die Lösungen werden von dem Moderator auf Flipchart festgehalten.

#### 5. Feedback zu den Lösungsvorschlägen und Handlungsstrategien

Die fallgebende Person teilt mit, welche Lösungsvorschläge sie aufgreifen wird und welche sie verwirft. Sie beurteilt den Lösungsansatz nach dessen Angemessenheit und äußert auch, bei welchen Lösungsvorschlägen sie sich besonders angesprochen gefühlt hat.

Die fallgebende Person teilt mit, wie sie den Fall weiter lösen wird.

Beratungsteam: hört zu, bewertet keine der ausgesuchten bzw. verworfenen Lösungen. Es kann auch sein, dass keine der Lösungen zusagt. Auch diese Reaktion wird nicht kommentiert.

#### 6. Prozessreflexion/ -evaluation

Fallgeber und Beratungsteam sprechen über das angewandte Schema – nicht aber über den inhaltlichen Verlauf, der ist abgeschlossen. Eine Feedbackrunde schließt den Prozess ab. Was war sinnvoll? Was soll nächstes Mal anders verlaufen?

Der Moderator sollte immer einen Dank an alle Beteiligten aussprechen.

Er sollte auch von der Gruppe ein Feedback erhalten (Falk 2016).



Die Lösung kann anschließend in einem Rollenspiel eingeübt werden.

Das Ablaufschema vermittelt einen Gesamtüberblick über die einzelnen Phasen und Aktivitäten:

<b>Zeit</b>	<b>Ablauf</b>	<b>Ratsuchender</b>	<b>Beratende Gruppe</b>	<b>Regeln/Stichworte</b>
5'	Rollenverteilung			Wer bringt den Fall ein? Wer berät, wer moderiert?
5'	Vorstellung des Falls	beschreibt die Situation und formuliert eine Fragestellung	hört zu und macht sich Notizen	noch nicht nachfragen
15'	Befragung	antwortet differenziert	befragt den Ratsuchenden	nur Verständnis- und Informationsfragen, keine Probleminterpretationen
10'	Hypothesen	geht aus der Runde und hört zu	berät sich: es werden Hypothesen, Vermutungen, Eindrücke geäußert	noch keine Lösungen entwickeln
5'	Stellungnahme	kehrt zurück, ergänzt und korrigiert	hört zu und korrigiert ggf. die Aufnahme ihrer Hypothesen	keine Diskussionen
10'	Lösungsvorschläge	geht aus der Runde, hört intensiv zu und macht sich Notizen	jeder sagt (oder schreibt auf), was er anstelle des Ratsuchenden tun würde	keine Diskussionen
10'	Entscheidung	teilt mit und begründet in der Runde, welche Hypothesen angenommen werden und welche Vorschläge er/sie umsetzen möchte	hört zu	keine Diskussionen
5'	Austausch	äußert, wie es ihm/ihr geht	Was nehme ich mit aus dem Gespräch und persönliche Anmerkungen	Anregungen und Verbesserungsvorschläge für das Schema



*Ablaufschema (Quelle: Haug-Benien 1998: 6, in Falk 2016: 90)*

Die einzelnen Phasen gehen fast nahtlos ineinander über. Die Gruppe sollte 15 Teilnehmer\_innen nicht überschreiten. Wesentliche Regeln der Gesprächsführung sollten der Gruppe bekannt sein; hilfreich sind die Regeln der Themenzentrierten Interaktion – TZI – nach Ruth Cohn. Die Leitfragen zu den einzelnen Phasen werden als eine Art „Merkstütze“ an die Tafel/den Flip-Chart geschrieben. Kenntnisse in der Moderationstechnik unterstützen den Erarbeitungsprozess wirkungsvoll.

#### Collage: „Meine Ressourcen“

Für suizidale Patienten erscheint das Leben nicht mehr lebenswert. Sie sehen keinen Sinn mehr darin. Einen möglichen Zugang können Pflegende finden, wenn man die persönlichen Ressourcen eines Menschen kennt. An sie zu erinnern und zu einem Neuanfang zu ermutigen, ist ein wichtiger Schritt.

In der folgenden Einheit geht es darum, sich die eigenen Ressourcen zu vergegenwärtigen. Was stützt mich? Was gibt mir Sinn, Halt und Kraft in meinem Leben? Das Thema wird kreativ in Form einer Collage erarbeitet:

Collage: „Meine Ressourcen – was gibt mir Sinn, Halt und Kraft in meinem Leben?“

In dem anschließenden Austausch in Kleingruppen wird das Bild den anderen Teilnehmern vorgestellt.

#### Begleitung in Grenzsituationen

Viele Menschen werden in ihrem Leben mit dem Problem „Suizid“ konfrontiert. Entweder sind uns Menschen bekannt, die aus dem Leben geschieden sind, oder wir kennen aus eigener Erfahrung Situationen, wo der Gedanke an Selbstmord – vielleicht nur ganz kurz – aufgetaucht ist. Sie kennen Situationen, in denen man meint, keinen Ausweg mehr zu sehen, am absoluten Abgrund zu stehen, keine Hoffnung mehr zu haben. Wer kennt in solchen Situationen nicht die Sehnsucht, die Lebens-„last“ hinter sich zu lassen, das ständige Lebens-„Ringen“ und -Antworten? Endlich Ruhe zu haben – absolute Ruhe, diese Vorstellung kann etwas Erlösendes haben. Ebenso beruhigend kann die Vorstellung sein, das Leben zu dem Zeitpunkt selbst beenden zu können, wann man es für richtig hält. „Gott sei Dank!“ Begegnungen, Ereignisse, Wendungen im Leben haben uns den Gedanken nur denken, nicht ausführen lassen.





Möglicherweise hilft das Erinnern an eigene erlebte Grenzsituationen, Menschen in Verzweiflung angemessen begleiten zu können. Zumindest reduziert es Abwehrmechanismen, die mobilisiert werden, wenn Menschen, konfrontiert mit fremder Not, sich mit Grenzfragen des Lebens und dem Tod auseinander setzen müssen. In der folgenden didaktischen Einheit geht es uns darum, ein Problembewusstsein herzustellen, inwieweit eigene Krisenerfahrungen einen Zugang zu Patienten eher fördern oder auch erschweren.

Die Frage ist, braucht es die Erfahrung eigener Grenzsituationen, um andere in Krisensituationen begleiten zu können? Die Auseinandersetzung mit der Frage soll an Hand eines Gedichtes erfolgen:

abgestiegen zur hölle

nur  
wer abgestiegen  
zur hölle  
und sich nicht  
das leben nahm  
kann uns leben  
geben

nur  
wer abgestiegen  
zu hölle  
und die sprache  
verlor  
nur dem  
hören wir zu

nur  
wer abgestiegen  
zur hölle  
und nicht unten blieb  
nur der  
kann uns heraufführen



nur  
wer abgestiegen  
zur hölle  
auf erden  
kann uns  
den himmel  
auf erden  
bringen  
(Wilhelm Willms)

Als eine weitere Lehrsequenz schlagen wir vor, am Beispiel eines zu begleitenden Patienten einen Erfahrungsbericht (oder auch ein Gesprächsprotokoll) anzufertigen. Es geht darum, sich selbst bewusst zu werden, in welcher Weise Distanz und Nähe in der professionellen Begleitung dieses Patienten praktiziert wurde.

„Erfahrungsbericht über die Begleitung einer Patientin/eines Patienten:

- Schildern Sie zwei Situationen, in denen Sie das Gefühl hatten, dem Patienten über Ihre Anwesenheit und Nähe (verbal oder nonverbal) zur Seite gestanden zu haben? Wie erging es Ihnen dabei?
- Schildern Sie zwei Situationen, in denen Sie sich durch die Anwesenheit bzw. die Ansprüche einer Patientin/eines Patienten bedrängt und überfordert fühlten. Welche Gefühle haben Sie wahrgenommen und welche Reaktionen bzw. Verhaltensweisen haben Sie gezeigt?“

### Aufspüren eigener verdeckter Aggressionen

Mit der folgenden Lerneinheit soll für die eigenen verdeckten Aggressionen sensibilisiert werden. Im anschließenden Kleingruppengespräch können diese verbalisiert werden. Die Aufgabe besteht zunächst darin, einer Person, über die man sich geärgert hat, einen Brief zu schreiben und ihr mitzuteilen, was einen stört oder verletzt hat.

Brief an ...:

„Was ich Dir /Ihnen schon lange einmal sagen wollte, aber bisher nicht gewagt habe ...“



In dem anschließenden Auswertungsgespräch in Kleingruppen wird die Frage geklärt, warum es so schwer ist, den Ärger oder die Wut mitzuteilen und welche Bedingungen und Unterstützung man braucht, um dies tun zu können.

Das Schwergewicht der vorgestellten Lerneinheiten liegt auf einem kreativen und persönlichkeitsbezogenen Zugang. Das Thema Suizid ist auch mit ganz anderer Zielrichtung in der Bildungsarbeit durchzuführen. Die didaktisch-methodischen Vorschläge dienen als Anregung. Möglicherweise werden Dozenten aus unterschiedlichen Fachbereichen ermuntert, das Thema Suizid entweder fächerübergreifend oder im Rahmen eines einzelnen Faches mit den Teilnehmer\_innen zu erarbeiten. Sinnvoll ist die Zusammenarbeit zwischen den Dozenten der Pflege, der Ethik, der Psychiatrie und Psychologie sowie der Soziologie. Vielleicht könnte diese Zusammenarbeit zu einem gemeinsamen Projekt führen, z. B. einer Ausstellung, einem Informationsabend, einer Fachzeitschrift, die dann der Öffentlichkeit vorgestellt wird.

## 8. Zusammenfassung

---

Das Thema Suizid fristet sowohl in der öffentlichen Aufmerksamkeit als auch im Bildungsgeschehen ein Schattendasein. Das hat Folgen: die nahezu unbemerkt gebliebene hohe Suizidrate älterer Menschen; die unbemerkt gebliebenen Krisen und Nöte, die sozialen Missstände, die diese Menschen zu der Tat trieben. Angehörige und Pflegende reagieren hilflos. Schuld- und Versagensängste auf der einen Seite, Ratlosigkeit, Distanzierung und Rationalisierung auf der anderen Seite verhindern eine wirksame Suizidprophylaxe. In der Aus- und Fortbildung wird das Thema Suizid selten behandelt, obwohl die Problematik latent aufgrund eigener Erfahrungen der Teilnehmer\_innen vorhanden ist.

Das Anliegen dieser Ausführungen ist es, das Thema „Alterssuizid“ zur Sprache zu bringen. Die Situation für die Betroffenen ist zu verändern: Durch eine umfassende Suizidprävention, die im primären Bereich darauf hinwirkt, ein öffentliches Problembewusstsein herzustellen; die im Sekundärbereich gefährdete Menschen durch umfassende und koordinierte Maßnahmen, die die Lebenswelt des Patienten berücksichtigen, stützt; die im tertiären Bereich den Menschen wieder für das Leben und seine Perspektiven öffnet. Die Begleitung suizidaler Patienten fordert das Personal in ihrer ganzen Persönlichkeit. Sie müssen sich ethischen Fragen stellen, sie müssen um ihre eigene Gefährdung und ihre eigenen Krisen wissen. Sie müssen ihre Stärken kennen. Die didaktisch-methodischen Überlegungen setzen hier an. Durch unterschiedliche Lehr- Lern-Formen wird ein erfahrungsbezogener und persönlichkeitsorientierter Zugang eröffnet. Ziel ist,



eine berufliche Sicherheit in Verhalten und Erleben zu vermitteln, die es Pflegenden erlaubt, kompetent und professionell im Absprache mit dem Patienten berufliche Beziehungen aufzunehmen, zu gestalten und wieder abzulösen.



## Literatur

---

Adler, Alfred (1992): Über den nervösen Charakter, Psychologie Fischer, Frankfurt am Main

Baltes, Paul B. (1997): Gegen Vorurteile und Klischees. Die Berliner Altersstudie - neue Erkenntnisse über die Zielgruppe alte Menschen, Sonderdruck aus Häusliche Pflege, Heft 2

Cumming, E. & Henry, W. (1961): Growing old, the process of disengagement, Basic Books Inc., New York, in: Hirsch, Anna Maria (1994): Psychologie für Altenpfleger, Quintessenz, Berlin – München

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information – DIMDI ( 2018): Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification, Version 2018, URL: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/startseite>, Stand 18.10.2018

Dörner, Klaus; Plog, Ursula (2002): Irren ist menschlich. Lehrbuch für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrie Verlag Bonn

Durkheim, Emile (1973): Der Selbstmord, in: Hrsg. Maus., H., Fürstenberg, F., Benseler, F., Soziologische Texte, Bd. 32, Luchterhand Verlag, Neuwied und Berlin

Erlemeier, Norbert (2011): Suizidalität und Suizidprävention im höheren Lebensalter, Stuttgart: Kohlhammer

Falk, Juliane (2016): Die Vermittlung und Aneignung von Beratungskompetenz. Beratung in den gesundheits- und sozialpflegerischen Berufen lehren und lernen – ein didaktisches Konzept, Weinheim: Beltz Juventa

Haug-Benien, Rolf-Dieter (1998): Kollegiale Beratung – Ein Fall nicht nur für zwei. hiba transfer, Ausgabe III-1998. heidelberger institut beruf und arbeit, hiba gmbh: 6

Hemmer, Kurt (1995): Gewaltphantasien und Gewaltimpulse in der Übertragung und Gegenübertragung bei Patienten mit ausgeprägten suizidalen Tendenzen, in: Hrsg.



Lehmkuhl, Ulrike: Gewalt in der Gesellschaft, Beiträge zur Individualpsychologie, Ernst Reinhardt Verlag, München - Basel, S. 87-94

Kerres, Andrea; Falk, Juliane (1997): Kommunikation in Ausbildung und Praxis. Hagen: Brigitte Kunz Verlag

Schädle-Deining, Hilde und Villinger, Ulrike (1996): Praktische Psychiatrische Pflege, Bonn: Psychiatrie-Verlag

Statistisches Bundesamt in Wiesbaden: Gesundheitswesen. Fachserie 12. Reihe 4. Todesursachen in Deutschland 1994. Wiesbaden: Metzler-Poeschel 1995, S. 33, in: Schulz-Nieswandt, Frank (1996): Suizidprävention als Sozialinvestition in die Lebensqualität. Sozialökonomische und sozialpolitische Überlegungen zum Thema flächendeckender Krisendienst, Diskussionspapiere, Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V., Berlin

Statistisches Bundesamt (2018): Anzahl der Suizide 2015; URL: [https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/Sterbefaelle\\_Suizid\\_ErwachseneKinder.html](https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/Sterbefaelle_Suizid_ErwachseneKinder.html), Stand 14.10.2018

Thomae, Hans (1992): Das Lebensweltkonzept im Lichte einer kognitiven Theorie des Alterns, in: Petzold, Christa und Petzold, Hilarion G.: Lebenswelten alter Menschen, Hannover: Vincentz Verlag,

Willms, Wilhelm (1974): Der geerdete Himmel. Wiederbelebungsversuche/Meditationen/Bilder/Geschichten/Texte/Neue Lieder, Kevelaer