

Sanden, Klaus; Bojack, Barbara

Working Paper

Depressivität und Suizidalität im höheren Lebensalter

Wismarer Diskussionspapiere, No. 11/2007

Provided in Cooperation with:

Hochschule Wismar, Wismar Business School

Suggested Citation: Sanden, Klaus; Bojack, Barbara (2007) : Depressivität und Suizidalität im höheren Lebensalter, Wismarer Diskussionspapiere, No. 11/2007, ISBN 978-3-939159-30-8, Hochschule Wismar, Fakultät für Wirtschaftswissenschaften, Wismar

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/39195>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



Fakultät für Wirtschaftswissenschaften
Wismar Business School

Klaus Sanden, Barbara Bojack

Depressivität und Suizidalität im höheren Lebensalter

Heft 11 / 2007



Wismarer Diskussionspapiere / Wismar Discussion Papers

Die Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der Hochschule Wismar, University of Technology, Business and Design bietet die Präsenzstudiengänge Betriebswirtschaft, Management sozialer Dienstleistungen, Wirtschaftsinformatik und Wirtschaftsrecht sowie die Fernstudiengänge Betriebswirtschaft, Business Consulting, Business Systems, Facility Management, Quality Management, Sales and Marketing und Wirtschaftsinformatik an. Gegenstand der Ausbildung sind die verschiedenen Aspekte des Wirtschaftens in der Unternehmung, der modernen Verwaltungstätigkeit im sozialen Bereich, der Verbindung von angewandter Informatik und Wirtschaftswissenschaften sowie des Rechts im Bereich der Wirtschaft.

Nähere Informationen zu Studienangebot, Forschung und Ansprechpartnern finden Sie auf unserer Homepage im World Wide Web (WWW): <http://www.wi.hs-wismar.de/>.

Die Wismarer Diskussionspapiere/Wismar Discussion Papers sind urheberrechtlich geschützt. Eine Vervielfältigung ganz oder in Teilen, ihre Speicherung sowie jede Form der Weiterverbreitung bedürfen der vorherigen Genehmigung durch den Herausgeber.

Herausgeber: Prof. Dr. Jost W. Kramer
Fakultät für Wirtschaftswissenschaften
Hochschule Wismar
University of Technology, Business and Design
Philipp-Müller-Straße
Postfach 12 10
D – 23966 Wismar
Telefon: ++49/(0)3841/753 441
Fax: ++49/(0)3841/753 131
E-Mail: j.kramer@wi.hs-wismar.de

Vertrieb: HWS-Hochschule Wismar Service GmbH
Phillipp-Müller-Straße
Postfach 12 10
23952 Wismar
Telefon: ++49/(0)3841/753-574
Fax: ++49/(0) 3841/753-575
E-Mail: info@hws-wismar.de
Homepage: <http://cms.hws-wismar.de/service/wismarer-diskussions-brpapiere.html>

ISSN 1612-0884

ISBN 978-3-939159-30-8

JEL-Klassifikation I12

Alle Rechte vorbehalten.

© Hochschule Wismar, Fakultät für Wirtschaftswissenschaften, 2007.

Printed in Germany

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
1. Altersdepression – eine unterschätzte Volkskrankheit	7
1.1. Allgemeines Erscheinungsbild depressiver Störungen	7
1.2. Prävalenz der Störung bei älteren Menschen	9
1.3. Diagnoseschwierigkeiten	10
1.4. Bezeichnungen und Ursachen der Depression im Alter	11
1.5. Abgrenzung von Demenz und Depression	13
1.6. Komorbidität und Mortalität depressiver älterer Patienten	15
1.7. Die medikamentöse Behandlung	17
1.8. Die psychotherapeutische Behandlung	19
1.9. Heilungschancen	20
2. Suizidalität im Senium	22
2.1. Einführung und Definition	22
2.2. Prävalenz	24
2.3. Ursachen und Risikogruppen	26
2.4. Suizidmethoden	29
2.5. Suizidphasen und Signale	30
2.6. Fallbeispiele	33
2.7. Die Klostermann-Studie	38
2.8. Interventionsmöglichkeiten und Behandlung	39
2.9. Protektive Faktoren	44
2.10. Suizide in Pflegeheimen	46
2.11. Über Euthanasie, Sterbehilfe und Suizid	47
3. Bewertung, Erfahrungen, Ausblick	49
3.1. Über die Notwendigkeit von Suizidprävention	49
3.2. Das Nürnberger Bündnis gegen Depression	51
3.3. Projektarbeit im Studiengang „Angewandte Gerontologie“	52
3.4. Was fehlt zur Suizidprävention? Kritik aus Sicht der Experten	54
Schlussgedanken	56
Literaturverzeichnis	57
Autorenangaben	59

„Hilf gnädig allen Kranken
gib fröhliche Gedanken
den hochbetäubten Seelen
die sich mit Schwermut quälen“

Paul Gerhardt (1607-1676)

Pfarrer und Dichter

Evangelisches Gesangbuch, Lied no.
58, Vers 13

„Wie lange muss ich mich noch quälen?
Ich habe ja nichts mehr vom Leben.
Es ist jetzt genug.“

Anna Röseler, 108 Jahre alt

Aus dem Fotoband „Mit 100 war ich
noch jung“

„Die Depression ist eine lebensgefährliche
Krankheit, und man kann an ihr sterben.“

Manfred Wolfersdorf, Psychiater,
2002

Vorwort

Es gibt Erkrankungen, vor denen sich jeder fürchtet: Krankheiten, die bis heute noch nicht vollständig heilbar sind (wie Krebs oder Schlaganfälle), die Schmerzen oder Behinderungen mit sich bringen (Skeletterkrankungen, Arthrosen) oder zum Verlust der Persönlichkeit führen (Demenz, Psychosen). Seelische Erkrankungen hingegen, wie die Depressionen, werden nicht im gleichen Maß als bedrohlich oder gar lebensgefährlich wahrgenommen, und im Vergleich mit einem körperlich nachweisbaren Befund beim älteren Menschen eher als zweitrangig eingeordnet, manchmal auch verharmlost und leider auch immer noch zu häufig tabuisiert. Es fehlt häufig am richtigen Erkennen durch Angehörige und helfende Berufe.

Depressionen bedrohen die Lebensfähigkeit, den Lebenswillen, den Lebensmut des Menschen. Sie greifen auch entscheidend in das Familienleben eines Erkrankten ein, haben beträchtliche innerfamiliäre und soziale Auswirkungen, und fordern von der Umwelt immer ein hohes Maß von Verständnis und Geduld.

Die Suizidgefahr bei der Depression älterer Menschen ist im Gegensatz zur Demenz sehr groß und wird leider kaum wahrgenommen. Hat ein älterer Mensch seinem Leben selbst ein Ende gesetzt, beruhigen wir uns zunächst mit dem Recht auf die „Lebensbilanz“, die doch wohl jeder, gerade im Alter, ziehen dürfe, als persönlicher Schlusstrich eben, um sich unnötige Quälereien, Abhängigkeit, Einsamkeit oder weitere absehbare Enttäuschungen zu ersparen.

Dass viele depressive ältere Menschen dabei aus purer Verzweiflung handeln, wird dabei ebenso leicht übersehen wie die Tatsache, dass Älterwerden nicht zwangsläufig mit stetiger Traurigkeit und Siechtum verbunden sein muss – man denke nur an prominente Ältere wie Helmut Schmidt, Hildegard Hamm-Brücher oder Richard von Weizsäcker, die sich offensichtlich einer guten körperlichen wie geistigen Gesundheit erfreuen.

Dass der Lebensmut schwinden kann, beschrieb schon *Paul Gerhardt* in der eingangs zitierten Liedstrophe vor 350 Jahren. Die „hochbetrübte Seele“ und die „Qual der Schwermut“ sind also nichts entscheidend Neues in unserer Zeit. Aber erst die Entdeckung geeigneter Medikamente vor 40 Jahren führte dazu, dass die Krankheit Depression überhaupt behandelt werden konnte, und seitdem in Forschung, Medien und Öffentlichkeit zunehmend wahr- und ernst genommen wird. Nach einer Untersuchung der Weltgesundheitsorganisation (*Murray & Lopez 1997*) mit dem Focus auf „years lived with disability“ (gelebte Jahre mit Krankheitsbeeinträchtigung) belegen die unipolaren Depressionen wegen ihrer Häufigkeit und Schwere mit weitem Abstand den ersten Platz in den westlichen Industrieländern unter allen Krankheiten.

Ein Teil der schwer depressiven Patienten stirbt durch eigene Hand: 3.534

Menschen über 65 Jahren, also zehn an jedem Tag, verübten im Jahr 2002 den Suizid, die Dunkelziffer ist weit höher. Die Zahlen bei den Älteren, vor allem den alten Männern, steigen. Wir werden in dieser Arbeit den Ursachen nachgehen.

Den Fachautor und Leiter der Abteilung „Allgemeine Forschung und Lehre“ am Zentrum für Psychiatrie in Ravensburg-Weissenau, *Prof. Volker Faust*, erwarteten anlässlich des „Tages der Mannheimer Selbsthilfegruppen“ am 6.11.04 gut 200 interessierte Menschen – zum überwiegenden Teil waren es Frauen. Er referierte zum Thema „Depressionen erkennen und behandeln“, und machte gleich in seiner Einleitung auf die unverzichtbare Mithilfe der Angehörigen aufmerksam: „Wir Ärzte brauchen Sie alle, ein Drittel des Behandlungserfolgs hängt von Ihnen ab!“ Vielleicht liegt es am meist „stillen Leiden“ der älteren Patienten, dass auch professionell Tätige darüber wenig wissen oder wissen wollen. Während uns bei jungen Menschen, die depressiv oder suizidal sind, deren innere Not noch berührt und alle Möglichkeiten der Rehabilitation aufgefahren werden, erscheint beim älteren Patienten vieles schicksalhaft, altersbedingt und kaum mehr veränderbar. Aber auch für ältere Menschen gibt es medizinische und psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten, die Erfolg versprechen.

Angesichts des bereits begonnenen „Generationenkonflikts“ um den Einsatz der begrenzten Mittel im Gesundheitssektor wird sich die „Verteilpraxis“ wohl eher noch verschärfen: ältere Menschen brauchen meist mehr Zeit im Sprechzimmer des Arztes. Und sie benötigen meist auch besondere Antidepressiva, die teuer sind und nicht mit dem Hinweis auf Budgets verweigert werden dürfen.

Ziel ist es, mit dieser Arbeit Aufmerksamkeit und Gehör zu finden für die seelischen Nöte älterer Menschen. Wir werden im ersten Teil das Erkrankungsprofil schildern und die besondere Anfälligkeit älterer Menschen für depressive Erkrankungen aufzeigen. Im zweiten Teil werden wir als Schwerpunkt die suizidale Problematik behandeln. Im dritten Teil werden Modelle der Depressions- und Suizidprävention vorgestellt; beides hängt für uns zusammen.

Wenn dabei von „dem älteren Patienten“ gesprochen wird, geschieht das ohne geschlechtsspezifische Wertung und betrifft gleichermaßen Männer und Frauen. Gemeint sind immer Menschen, die mindestens das 60. Lebensjahr vollendet haben.

Der Lebensmut unserer alt gewordenen Mitmenschen ist nicht nur von der materiellen Sicherheit abhängig. Ältere Menschen wollen weder geduldet noch um ihre „sicheren“ Renten beneidet werden. Sie brauchen unser Verständnis, unsere Wertschätzung, manchmal auch den besonderen Zeitaufwand mehr, damit sie im Sinn des neuen Behindertenrechts „teilhaben“ können und die Leistungen der Medizin genauso selbstverständlich erhalten wie wir Jün-

geren; und das gilt auch insbesondere für die psychosomatische und psychiatrische Versorgung.

Der bereits zitierte Psychiater *Prof. Faust* schrieb in seinem Buch über „*Seelische Störungen heute*“ (1999: 200): „Depressionen sind kein unabänderliches Schicksal: mehr. Das sollte man sich immer wieder vor Augen halten, wenn man ungeduldig wird oder zu verzweifeln droht. ... Die Schwermut hat ihren Schrecken verloren“.

Wichtig ist es dafür, dass dies auch den Betroffenen deutlich wird, und die Angehörigen, die beruflichen Helfer und die ärztlichen Behandler in ihrem Bemühen nicht aufgeben.

1. Altersdepression – eine unterschätzte Volkskrankheit

1.1. Allgemeines Erscheinungsbild depressiver Störungen

Bei Depressionen wird von einem Sammelbegriff für anhaltende seelische Störungen gesprochen, die in jedem Lebensalter zu finden sind, unterschiedliche Ursachen haben und verschiedene körperliche Symptome zeigen können.

Behandlungsbedürftige Depressionen müssen von Verstimmungszuständen („heute bin ich deprimiert“, „ich habe gerade ein Tief“), Trauer oder gemeinsam erlebter Belastung oder Traumatisierung abgegrenzt werden. So hat die Naturkatastrophe in Südostasien Ende 2004 die Zeugen und Überlebenden seelisch schwer traumatisiert, aber eine Depression ist nicht zwangsläufig für jeden Betroffenen eine drohende Folge des Erlebten. Dasselbe gilt für die Kriegsteilnehmer der älteren Generation, die das Erlebte verarbeiten mussten, ohne in ihrer Mehrheit langfristig depressiv geworden zu sein.

Die Eindringlichkeit oder Beiläufigkeit eines Ereignisses ist also nicht ausschlaggebend für das Entstehen der Erkrankung, sondern seine Auswirkung auf die Persönlichkeit und die eigenen Verarbeitungspotentiale.

Depressive Störungen haben meist nicht einen sofort identifizierbaren Grund, und vor allem: die Betroffenen werden oft selbst von der Schwere und dem Verlauf der Erkrankung überrascht und spüren nur, dass es einige Anlässe wohl gab, der Zustand sich aber meist schleichend verschlechtert hat. Depressive sind ihrer Erkrankung dann hilflos ausgeliefert.

Es gibt in jedem Lebensalter Warnsignale und Symptome für das Vorliegen einer Depression, die sich wie folgt zeigen und summieren können:

Einige wichtige werden hier aufgezählt:

- Anhaltende Antriebslosigkeit
- Innere Unruhe (äußerlich nicht immer erkennbar)
- Verlangsamung des Redens und des Zeitgefühls
- Schwindel ohne körperliche Ursachen
- Schlafstörungen und Müdigkeit, nächtliches Aufwachen
- Anhaltender Appetitverlust mit Gewichtsabnahme

- Gefühlsdysbalancen („gequältes Lachen“, kein Weinen möglich)
- Gefühllosigkeit, „Unerreichbarkeit für Andere“
- Todesgedanken
- Grübelzwang, Sinnfragen
- Umtriebigkeit
- Verlust eines eigenen Willens (Alles-Egal-Gefühl)
- Verlust des Selbstwertgefühls („Minderwertigkeit“, „für diese Welt zu schwach“)
- Hypochondrie, Weinerlichkeit
- Freudlosigkeit
- Sozialer Rückzug

Werden derartige Symptome gehäuft beobachtet und bestehen sie über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen ohne Besserung fort, sollten sie vom Arzt abgeklärt werden.

Faust (1999: 157) beschreibt vier zentrale Empfindungen in der Depression:

- „Ich bin nichts.“
- „Ich kann nichts.“
- „Man mag mich nicht.“
- „Und ich bin selbst schuld daran.“

Durch den Zusatz des Wortes „**mehr**“ (Ich bin nichts mehr, ich kann nichts mehr, man mag mich nicht mehr) wird noch deutlicher, wie die Depression den (älteren) Menschen „**niederdrücken**“ kann.

Hegerl et al. (2001) gehen davon aus, dass es ein mit dem Alter steigendes Risiko für Depressionen trotzdem nicht gibt. Andererseits nehmen die Zahl älter werdender Menschen und die Zahl der Hochaltrigen zu. Diese Altersgruppen sind von zunehmender Behinderung, von Komorbidität und sinkenden Teilhabemöglichkeiten betroffen. Diese negativen Einflüsse können – müssen aber nicht – Depressionen auslösen. Die folgenden Zahlen liefern erste Anhaltspunkte.

Tabelle 1: Depressionen in Deutschland

Gesamtzahl BRD, altersunabhängig
4.000.000 behandlungsbedürftige Depressionen
2.600.000 als Mittelwert davon in hausärztlicher Behandlung (2 von 3 Patienten)
1.400.000 *richtig diagnostiziert (weniger als jeder 2. Patient)
360.000 * suffizient behandelt (ca. jeder 10.Patient)
160.000 * Compliance nach 3 Monaten (ca. jeder 25.Patient)

Quelle: (Hegerl et al. 2001: 3) * Maximalwert!

Diese Zahlen weisen darauf hin, dass ca. ein Drittel der Patienten unbehandelt bleibt, und nur weniger als die Hälfte der adäquat behandelten Patienten die ärztlichen Hinweise nach drei Monaten Behandlung weiter befolgt. Auch der Zahlensprung von „richtiger“ Diagnose zu „suffizienter Behandlung“ fällt auf.

Bojack (2003: 9) weist darauf hin, dass die Wahrscheinlichkeit für jeden Menschen, im Laufe seines Lebens an einer Depression zu erkranken, bei immerhin 20% liegt. Dies kann daran liegen, dass Depressionen in den letzten Jahrzehnten weitaus besser diagnostiziert werden können und auch eine Enttabuisierung der Erkrankung in der öffentlichen Diskussion und bei den Patienten, vor allem in der jüngeren Generation, zu beobachten ist.

Dass Frauen insgesamt häufiger erkranken (2:1) und bei ihnen die Erkrankung häufiger festgestellt wird, hängt wohl mit ihrem ausgeprägteren gesundheitlichen Bewusstsein und der entsprechenden Offenheit im Gespräch mit dem Arzt zusammen. Männer dagegen scheuen eher das Gespräch, wenn es um Gefühle geht, verdrängen oder wehren entsprechende Fragen ab. Männer suchen auch insgesamt seltener als Frauen den Arzt auf. Sie sind aus beiden Gründen ihrer Erkrankung hilfloser ausgeliefert als Frauen.

1.2. Prävalenz der Störung bei älteren Menschen

Der Anteil älterer depressiver Patienten über 65 Lebensjahren wird unterschiedlich beschrieben. Er beträgt zwischen 17 und 27% (*Zaudig 2001, Bickel 2003*). Der Anteil schwer und schwerst erkrankter Menschen wird auf 1-7% geschätzt (*Niklewski 2002*). Die Resultate von Prävalenzstudien sind nach *Bickel (2002: 21ff)* in starkem Maße von den verwendeten Fallkriterien abhängig.

Auch starke regionale Unterschiede der Erkrankungsraten und zahlreiche methodische Besonderheiten erschweren verallgemeinernde Aussagen. Übereinstimmung besteht nur darin, dass Frauen doppelt so häufig an depressiven Störungen leiden.

Wolfersdorf (2002: 55) schätzt, dass jeder 7. bis 8. ältere Mensch ab 65 Jahren an Depressionen leidet. In Pflegeheimen ist sogar mindestens jeder 3. Bewohner betroffen.

„Nicht die Demenzerkrankungen sind die häufigsten psychischen Störungen im höheren Lebensalter, sondern psychogene Störungen wie z. B. die langdauernden depressiven Erkrankungen, die reaktiven Depressionen, die langdauernden Trauerreaktionen“ (*Wolfersdorf, 2002: 55*).

Trotzdem bleiben viele Fragen zur Prävalenz offen: denn trotz der schwierigen Umweltbedingungen (Vereinsamung, Auflösung der Familien etc.) kann eine steile Zunahme depressiver Erkrankungen nach *Bickel (2003: 21)* nicht bestätigt werden; es gibt kein häufigeres Vorkommen im Vergleich mit der jüngeren Bevölkerung. Nur bei Teilgruppen, die Verluste von Angehörigen zu beklagen hatten, die chronisch krank oder in ihrer materiellen Existenz beson-

ders belastet waren, wurden höhere Prävalenzraten festgestellt.

Es deutet vieles darauf hin, dass ältere Menschen zwar weniger von den schweren Formen der Depression betroffen sind als jüngere Patienten, stattdessen aber oft unter so genannten subdiagnostischen (subsyndromalen), also (noch) nicht genau identifizierbaren, Formen einer Depression leiden – und unbehandelt bleiben (*Ernst 1997: 6*). Unter dieser Form der (zunächst als „leichter“ angenommenen) Erkrankung leiden bis zu 20% der Altenbevölkerung, vor allem Hochaltrige (*Copeland et al. 1999*). Erschreckend dabei ist der „freiwillige Rückzug“ der älteren Menschen im Falle einer Behinderung: *Prince et al. (1999)* schreiben dazu:

„Für den Altersanstieg der depressiven Symptome ist nach einer Analyse europaweit erhobener Daten nicht die affektive Komponente der Befindlichkeit verantwortlich, sondern die motivationale Komponente im Sinne eines Interessenrückgangs, Verlustes an Freude und geringerer Konzentrationsfähigkeit.“

Nicht die Einstellung: „Mir geht es seelisch nicht mehr so gut; deswegen ziehe ich mich zurück!“, sondern: „mir ist alles zu anstrengend geworden, so macht es keinen Spaß mehr, Rücksicht kann ich nicht erwarten; ich habe resigniert“ scheint diese subsyndromalen oder neurasthenischen depressiven Syndrome auszulösen.

1.3. Diagnoseschwierigkeiten

Die unterschiedlichen Prävalenzraten sind mit der Schwierigkeit einer exakten Diagnose erklärbar. Man kann davon ausgehen, dass viele depressiv Erkrankte nicht als solche behandelt werden, zum Teil auch, weil sie sich selbst über ihre Erkrankung nicht bewusst sind, diese als „altersbedingt“ ertragen, und auch mit ihrem meist wesentlich jüngeren Hausarzt nicht darüber sprechen wollen.

Ältere Patienten erfordern vom behandelnden Arzt viel Geduld, Zeit und Offenheit gegenüber ihren seelischen Nöten. Ohne die Einbeziehung von Angehörigen durch Fremdanamnese ist es schwer, eine beginnende Demenz von einer Depression zu unterscheiden. Insofern ist der Hausarzt am ehesten in der Lage, affektive Veränderungen seines Patienten richtig zu deuten, abzuklären oder abklären zu lassen.

Zaudig (2001: 19ff) beschreibt depressive Syndrome als außerordentlich heterogen, wodurch die Diagnosestellung häufig sehr erschwert wird. Alte Menschen neigen zur Bagatellisierung depressiver Symptome und stellen meist körperliche Beschwerden in den Vordergrund. Dabei ist wiederum zu beachten, dass auch nichtdepressive organisch Erkrankte zu 2/3 zum Beispiel unter Schlafstörungen, Müdigkeit oder Verlangsamung leiden. Hinweise auf ein depressives Syndrom liegen aber immer vor, wenn multiple somatische Beschwerden ohne erkennbare Ursache wie folgt geschildert werden. Somatische Symptome nach *Zaudig (2001: 20)* und *Niklewski (2004: 238)*:

- Gewichtsverlust , Anorexie
- Schlafstörungen, ständige Müdigkeit
- Psychomotorische Veränderungen
- Energieverlust, auch Libidoverlust
- Konzentrationsstörungen
- Hypochondrische Veränderungen
- Druck auf der Brust
- Globusgefühl
- Kardiovaskuläre Smtome (Herz, Kreislauf)
- Gastrointestinale Symtome (meist Verstopfung, auch Blasenschwäche)
- Schwitzen und Frieren, kalte Hände und Füße
- Allgemeine körperliche Abgeschlagenheit, Mattigkeitsgefühl
- Kopfschmerzen
- Schwindel
- Flimmern vor den Augen, Sehstörungen
- Gelenkbeschwerden, Muskelverspannungen
- Diffuse oder wandernde Schmerzen
- Tagesschwankungen des Befindens

Hieraus wird bereits die Notwendigkeit sorgfältiger ärztlicher Abklärung deutlich, um eine beginnende Depression von einer Demenz oder einer möglichen neurologischen oder internistischen Erkrankung differenzieren zu können.

1.4. Bezeichnungen und Ursachen der Depression im Alter

Zur Klassifikation der Erkrankung wird weltweit die ICD 10 (10. Fassung der „*International Classification of Diseases*“) verwendet. Die Erkrankung wird im Diagnoseschlüssel 32 (und folgende Ziffern) als „depressive Episode“ mit leichtem, mittelschweren oder schwerem Grad unterschieden und als affektive Störung bezeichnet.

Eine besondere Depressionsform älterer Menschen wird darin nicht aufgeführt. Der ICD 10 ist zur internationalen Vergleichbarkeit, aber besonders für die Vergütungsabrechnung wichtig, und deshalb für Ärzte und Krankenhäuser zwingend vorgeschrieben. Andere Krankheitsbegriffe (wie Dysthymia, neurotische Depression, endogene Depression etc.) sollten zwar nicht mehr verwendet werden, sie sind dennoch nach wie vor in der Praxis üblich.

Hirsch (1992: 129) schlägt beim älteren Patienten die Diagnose „depressives Syndrom“ vor, da sich die Symptome der Patienten letztlich doch sehr ähneln und bemerkt dazu: „Verfügen wir heute insbesondere durch die neurochemischen Forschungen über ein erweitertes Verständnis dieser Erkrankungsgruppe, so ist es bisher nicht gelungen, eine umfassende allgemein anerkannte Theorie der Depression zu entwickeln. Allerdings besteht vermehrt ein Konsens, dass psychologische und biologische Faktoren sich in vielfältiger

Weise gegenseitig beeinflussen. Eine strenge diagnostische Klassifikation depressiver Syndrome wird heute gerade in der Alterspsychiatrie mehr und mehr hinterfragt.“

Faust (1999: 171) unterscheidet die Depression in psychogen, somatogen und endogen.

Die psychogene oder reaktive Depression ist beim älteren Patienten häufig. Zu ihren Auslösern gehören negativ besetzte soziale Ereignisse oder Erlebnisse, wie Verluste, Todesfälle, Kränkungen, Isolation, familiäres Mobbing, finanzielle Sorgen, neue Krankheiten, Wohnungsaufgabe, drohende Pflegebedürftigkeit, „Einschnitte“ also, die für den älteren Menschen bedrohlich sind, denen er sich nicht oder nicht mehr gewachsen fühlt. *Faust (1999)* spricht explizit die Trostlosigkeit im Leben vieler älterer Menschen an, mit mangelnden Kontakten und fehlender sinnvoller Betätigung, sowie die fortschreitende Entwurzelung und Vereinsamung, vor allem im städtischen Milieu. Gerade die heutige Generation der Älteren, die den Krieg und den mühevollen Wiederaufbau erlebt hat, erleben eine anonym gewordene, hochmobile und von rasanten technischen Fortschritten geprägte Gesellschaft, die den Älteren kaum mehr Platz zum „Mithalten“ oder auch nur zum „Nachfragen“ lässt.

Die Symptomatik einer psychogenen Depression reicht von wachsender Ängstlichkeit und wachsendem Misstrauen bis hin zum Rückzug und zum „Nur-Noch-Sterben-Wollen“. Die Empfindlichkeit gegenüber Kritik oder Kränkungen wird größer, die Möglichkeit sich zu schützen, geringer. *Faust (1999)* spricht von einer „verringerten seelischen, gemütsmäßigen Stabilität“ beim älteren Menschen, wenn zum Beispiel ein Ehepartner stirbt.

Die zweite Gruppe der Depressionen wird körperlich verursacht (somatogene oder sekundäre Depression). Unterschieden werden diese nochmals in symptomatische Depressionen, wenn sie durch Krankheiten außerhalb des Gehirns verursacht werden, und in organische Depressionen, wenn eine Krankheit des Gehirns oder Nervensystems vorliegt. Die Depression ist hier also eine „Begleiterkrankung“ zu internistischen Erkrankungen von Herz und Kreislauf, Lunge, Bauchspeicheldrüse, Leber, Niere oder Schilddrüse. Auch Infektionen, Diabetes, Alkoholsucht und Krebs, sowie viele neurologische Erkrankungen, hier vor allem Schlaganfälle und Parkinson (jeder 2. Patient ist betroffen), Multiple Sklerose und Hirntumore können depressionsauslösend wirken. Ähnliches gilt für blutdrucksenkende Mittel, Antibiotika, Neuroleptika gegen Parkinson, Benzodiazepine, und auch für den häufigen Alkoholmissbrauch bei älteren Männern.

Für die dritte Gruppe, die endogene Form der Depression, diskutiert man verschiedene Ursachen und Zusammenhänge. Die biologischen Ursachen sind nicht bekannt, eine genetische Disposition und Stoffwechselstörungen im zentralen Nervensystem werden als Ursache von *Faust (2004)* vermutet. *Niklewski (2004: 67)* geht davon aus, dass auch bei dieser Depressionsgruppe

psychosoziale Auslöser eine Rolle spielen können.

Die Patienten zeigen hierbei das Vollbild eines schweren depressiven und somatischen Syndroms. Die Erkrankung kann sich in wechselnden depressiven und manischen Phasen zeigen, oder sie verläuft nur in depressiven oder manischen Schüben. Dabei sind Wahnvorstellungen möglich. Die Patienten leiden besonders unter stets drohenden Rückfällen und sind bei einer depressiven Wahnsymptomatik (z. B. Schuld- und Sühnegefühle) zur Suizidverhütung auf stationäre Behandlung dringend angewiesen (*Wolfersdorf 2002: 50*).

Wie schwierig es bis heute ist, die Entstehungsbedingungen oder Ursachen zur Auslösung der Depression zu klären, beschreibt *Hautzinger (1998: 26ff)*: „Erklärungshypothesen depressiver Störungen lassen sich vereinfacht biologischen und psychologischen Modellvorstellungen zuordnen. Keiner dieser Erklärungsansätze kann für sich in Anspruch nehmen, überzeugend kausale Aussagen zu treffen. Es ist angesichts der Heterogenität der affektiven Syndrome vermutlich auch unwahrscheinlich, dass ein Faktor allein für die Entstehung einer Depression verantwortlich ist. Es gilt zu bedenken, dass ca. ein Viertel der depressiven Patienten ohne auslösendes Lebensereignis klinisch auffällig werden.“

Müller-Spahn & Hock (1997: 12) schildern die Diagnoseschwierigkeiten beim älteren depressiven Patienten, der eine ausgeprägte Fluktuation in der Symptomatik und subsyndromale depressive Beschwerden aufweist, die von kognitiven Störungen und somatischen Erkrankungen überlagert werden.

Wird die Gruppe der älteren Patienten betrachtet, so ist es wichtig, den Verlauf körperlicher Erkrankungen und die Bewältigung psycho-sozialer Belastungen auch auf das jeweilige „Depressionspotential“ hin zu beobachten. Um eine korrekte Diagnose stellen zu können, sollte an das manchmal larvierte Erscheinungsbild der Depression gedacht werden und an die vielfältige Symptomatik. Erst nach exakter Diagnosestellung kann eine passende Therapie eingeleitet werden.

1.5. Abgrenzung von Demenz und Depression

Eine Demenz im Anfangsstadium ist beim älteren Menschen schwer von einer Depression zu unterscheiden, da sich die Symptome ähneln. Betroffene Patienten berichten von verminderter Leistungsfähigkeit, Konzentrationsstörungen und Desorientierung. Den Patienten fällt zunehmend das Denken schwer, Vergesslichkeit irritiert sie. Ein innerer Rückzug und Hilflosigkeit kann folgen. Die Patienten leiden darunter, zweifeln an ihrer Kompetenz, werden von Angst, Unruhe oder Apathie erfasst. Diese Anzeichen sprechen für eine Depression wie für eine beginnende Demenz.

Zaudig (2001: 19) hält eine Abgrenzung einer noch leichten Demenz zur Depression für „extrem schwierig“ und hält dazu psychometrische und neuropsychologische Zusatzuntersuchungen für dringend erforderlich. Mit fort-

schreitender Erkrankung, so *Bojack (2003: 14)*, wird die Unterscheidung leichter, da sich die Symptome der Depression durch Medikamente zurückbilden, die Demenz jedoch nicht aufzuhalten ist. Bei beginnenden kognitiven Störungen sollte daher immer das Vorliegen einer Depression mitbedacht werden. Das gilt für die Angehörigen, aber auch für die deswegen aufgesuchten Hausärzte; altersbedingte Abbauprozesse oder „Pseudodemenzen“ können diagnostiziert werden, obwohl ein depressiver Zustand vorliegt. Unterscheidungskriterien bietet folgende Aufstellung:

Tabelle 2: Unterscheidungskriterien zwischen Demenz und Depression

DEMENZ	DEPRESSION
Schleichender Verlust kognitiver Fähigkeiten	Zeitpunkt des Verlusts rekonstruierbar
Patient versucht noch zu kompensieren	Patient kann nicht mehr kompensieren
Langsamer Verlauf, auch über Jahre	Störungen nehmen rapide zu
Oft keine psychiatrische Vorerkrankung	Oft psychiatrische Vorerkrankung
Spätes Aufsuchen medizinischer Hilfe	Hoher Leidensdruck führt zum Arzt
Kurzzeitgedächtnis betroffen	Gedächtnis nicht betroffen
Neigung zur Verharmlosung	(Stummes) Klageverhalten
Bagatellisierung, Schuldzuweisung an Dritte	Selbstvorwürfe
Nachts Unruhe und Verwirrtheit	Morgentief, nachmittags meist besser
Patient will (noch) alles selbst erledigen	Patient fühlt sich bald überfordert
Desorientierung, auch zuhause	Orientierung nicht gestört
Ängstliche Verwirrtheit	Angstzustände
Gefühl von Freude bleibt erhalten	Permanente Freudlosigkeit
Sexualität ungestört, auch Enthemmung	Libido- und Potenzstörungen
Bestehlungswahn, Misstrauen	Schuld-, Krankheitswahn
Patient lässt sich schwer führen	Patient ist meist kooperativ
Suizidgefahr im Verlauf abnehmend	Suizidgefahr im Verlauf steigend
Sprachverhalten „zerhackt“	Sprachverhalten verlangsamt

Quelle: Niklewski (2004: 246) und Faust (1999: 75).

Trotzdem bleiben viele Unsicherheiten: 30% der dementen Patienten leiden nach *Niklewski & Baldwin (2003: 438)* auch unter Depressionen, und umgekehrt kann eine vaskuläre Depression der Vorbote einer späteren Demenz sein.

Die Abgrenzung ist also schwierig und sollte dem Nervenarzt oder Spezialisten überlassen bleiben. Die Fremdanamnese durch Angehörige bietet dazu wichtige Hinweise.

1.6. Komorbidität und Mortalität depressiver älterer Patienten

Wie bereits geschildert, leiden ältere Patienten häufig an mehreren Grunderkrankungen. *Faust (1999: 175)* fügt hinzu, dass auch die Seele des älteren Menschen empfindsamer wird. Auch wenn dies dem normalen biologischen Abbau- und Alterungsprozess entspricht, dem wir alle unterliegen, kann sich aus der Vielzahl negativer und unerträglich gewordener Umstände und Einflüsse, aus Krankheiten oder Kränkungen, eine Depression entwickeln.

Wenn es zutrifft, dass im Alter nicht nur „alte körperliche Schwachpunkte wieder aufreißen, sondern auch seelische Traumata erneut Probleme bereiten“ (*Faust 1999: 208*), sollte man bei Depressionen des älteren Menschen auch biographische Aspekte mitberücksichtigen, und behutsam nachfragen, ob beim Patienten Verlust- oder Kränkungserlebnisse aus der Vergangenheit vorliegen, die den Patienten weiter oder wieder belasten.

Positiv muss berücksichtigt werden, dass ältere Menschen im Laufe ihres Lebens zwangsläufig eine Vielzahl von Belastungen, Krisen und Enttäuschungen ertragen und verarbeiten mussten, und auch noch im Alter über dieses Potential verfügen.

Allerdings werden die Ressourcen im Alter kleiner, der ältere Mensch wird abhängiger von fremder Hilfe. So treten Depressionen im Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung auf. Für *Müller-Spahn & Hock (1997: 12)* sind es vor allem Erkrankungen, „die die soziale Mobilität und Kommunikationsfähigkeit einschränken, z. B. Gangstörungen, degenerative Erkrankungen des Bewegungsapparats, Herz-Kreislaufkrankungen sowie Hör- und Sehstörungen“.

Vermutlich haben Depressionen im Alter auch eine indirekte, lebensverkürzende Wirkung, die in der Literatur unterschiedlich bewertet wird. *Kurz (1997: 35)* geht davon aus, „dass depressive ältere Patienten eine deutlich erhöhte Mortalität gegenüber gleichaltrigen Personen haben, selbst wenn der Grad an körperlicher Komorbidität gleich ist.“ Auch *Grond (2001: 37)* geht davon aus, dass die Depression in Verbindung mit körperlicher Krankheit das Leben verkürzt, und umgekehrt körperliche Krankheiten das Risiko für psychische Störungen um das Sechsfache erhöhen.

Niklewski & Baldwin (2003: 439) beschreiben eine erhöhte Mortalität für spät erkrankte depressive männliche Patienten, bei denen kardiovaskuläre Erkrankungen besonders häufig sind; sie verweisen darauf, dass bei der alterstypischen Herzinsuffizienz und einer gleichzeitig vorliegenden Depression eine signifikant erhöhte Sterblichkeit und Verlaufskomplikationen beschrieben wurden. Das Risiko eines Herzinfarkts ist nach *Niklewski (2004: 174)* für depressive Patienten mehr als doppelt so hoch wie für Gesunde. Auch erhöhen

umgekehrt Herz-Kreislauf-Erkrankungen wieder das Risiko für eine Depression.

Folgendes Fazit ist denkbar: durch die Depression wird wahrscheinlich auch das Immunsystem geschwächt: es reagiert dabei ähnlich wie bei anderen chronischen Stressfaktoren.

Heilungsverläufe bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder nach Operationen werden dadurch wahrscheinlich ungünstiger beeinflusst als bei nicht-depressiven Patienten. Allerdings ist auch die Compliance bei depressiven Patienten ein Faktor, der kritisch gesehen werden muss, weil der Patient nicht immer und konsequent seine Medikamente einnimmt, sich oft mangelhaft ernährt und eine zunehmend ungünstigere und auch bewegungsärmere Lebensweise zeigt, die wiederum andere Erkrankungen begünstigt.

Inwieweit schwere Depressionen auch bösartige Tumore auslösen können, ist allerdings umstritten: Studien dazu fehlen bisher.

Welz (1997: 180-182) berichtet über die Ergebnisse der „Duderstadt-Studie“, in der 179 Probanden über 65 Jahren in der gleichnamigen Kleinstadt interviewt und ärztlich untersucht wurden. Die daraus als depressiv eingestuft 49 Patienten litten zu 80% an degenerativen Erkrankungen mit schlechtem Gehvermögen und, ebenfalls beachtlich, zu 60% an Visuseinschränkungen und Schwerhörigkeit. Organische Erkrankungen betrafen in dieser Studie weniger als 10% der Befragten. Welz sieht als Folgewirkung der Depression eine komplexe Kausalkette, die vom ungünstigen Gesundheitsverhalten bis zum stillen Widerstand gegen ärztliche Anweisungen reicht, und letztlich das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko erhöht.

Die Ergebnisse der Studie über die Geriatrie Rehabilitationsklinik St. Irminen in Trier (Nosper 2002: 24ff) zeigten, dass 43% der Patienten bei der Aufnahme unter einer klinisch relevanten Depression litten, davon 7% mit schwerem Erkrankungsbild. Die Depressionen traten vor allem in Verbindung mit Schlaganfällen, Amputationen, Nierenerkrankungen, Hirnblutungen, Infektionskrankheiten und Gelenkersatz auf. Mehr als jeder dritte bis zweite Patient der beschriebenen Akuterkrankungen litt zu Beginn der Rehabilitation unter einer Depression. Besonders betroffen waren die Schlaganfallpatienten. Inwieweit die Patienten bei ihrer Entlassung depressive Symptome zeigten, wurde leider nicht untersucht.

Ernst (1997: 6-7) fasst die Ergebnisse einer amerikanischen Studie von 1996 wie folgt zusammen: „Leiden mit Aktivitätsverlust sind stärker mit Depression verbunden als Diabetes, als Hypertonie und sogar als bösartige Tumoren, welche die Aktivität (noch) nicht einschränken...’disability’ und ’loss of daily activities’ treten an die Stelle des Alters. Hohes Alter löst an sich keine Depressionen aus. Depressionen sind altersunabhängig, aber abhängig von dem mit dem Alter verbundenen Risiko des ,loss of daily activities’“. Dabei ist es nicht entscheidend, ob der behinderte ältere Mensch diesen Verlust zu-

hause oder im Pflegeheim verarbeiten muss: die Depressionsraten sind entgegen aller Erwartung gleich hoch.

Die erhöhte Gesamtmortalität gegenüber nicht-depressiven Älteren betrifft vor allem die Männer. *Ernst (1997: 6-7)* fasst zusammen: „Depression im höheren Alter verkürzt das Leben durch ihre Assoziation mit Krankheit und Invalidität. In jüngeren Jahren tötet sie durch die Neigung zur Verstimmung, im Alter tötet sie durch ihren Zusammenhang mit Krankheit“.

1.7. Die medikamentöse Behandlung

Um es vorweg zu nehmen: dieser Abschnitt soll kein Lobgesang auf Medikamente als Allheilmittel in jeder Lebenslage sein. Bei der Depression haben wir es allerdings mit keiner Bagatellerkrankung zu tun, die durch Selbstmedikation behandelbar ist. Die Depression kann unbehandelt lebensbedrohlich werden und muss ärztlich, meist durch verschreibungspflichtige Medikamente behandelt werden. Auch die Herausgeber des populären Ratgebers „Bittere Pillen“ räumen im Vorwort ihrer aktuellen Ausgabe von 2002 selbstkritisch ein, dass sie manche früher getroffene, negative Bewertung inzwischen revidieren mussten:

„Unbedingt mit Medikamenten sollten Depressionen dann behandelt werden, und zwar unabhängig von einer begleitenden Psychotherapie, die sicher sinnvoll ist, wenn folgende Symptome vorhanden sind: regelmäßiges nächtliches Aufwachen, Verlust des Antriebs, anhaltende innere Unruhe, Verlust des Selbstwertgefühls bzw. verringerte Emotionen. Ohne medikamentöse Behandlung nur mit Psychotherapie steigt das Suizidrisiko“ (*Langbein et al. 2002: 140*).

Wolter (2004: 27ff) weist auf die Vielzahl der Fehldiagnosen, auf die Fehlbehandlungen mit Benzodiazepinen, sowie auf ein Chronifizierungsrisiko unbehandelter oder falsch behandelter Depressionen beim älteren Menschen hin. Er hält die Aufklärung der Patienten und der Angehörigen über die Medikation für entscheidend zur Schaffung einer verlässlichen Compliance. Das übliche Misstrauen zur angeblichen Suchtgefahr und vermeintlichen Persönlichkeitsveränderung durch Antidepressiva muss vom Arzt selbst angesprochen werden. Eine Veränderung der Persönlichkeit ist nicht den Medikamenten anzulasten, die Depression kann zu einer veränderten Persönlichkeit führen.

In der Regel können die Patienten ambulant oder in Tageskliniken behandelt werden, nur bei besonders schwieriger sozialer Ausgangsproblematik, schwerem Depressionsgrad oder Suizidgefahr wird stationär eingewiesen. Ältere Patienten reagieren besonders sensibel auf psychotrope Substanzen, die Interaktionen mit der meist vorher schon bestehenden Mehrfachmedikation aufgrund der Multimorbidität erfordern besonderes Fachwissen.

Erst seit den 1990er Jahren stehen nebenwirkungsärmere Substanzen wie die selektiven *Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer* („SSRI“), der *Monoami-*

nooxidase-Hemmer („MAO“) *Moclobemid* und weitere neu entwickelte Wirkstoffe wie *Mirtazapin*, *Reboxetin* und *Venlafaxin* zur Verfügung, die allerdings bis zu fünfmal teurer sind als die Mittel der ersten Generation, die sogenannten *trizyklischen oder tetrazyklischen Antidepressiva*. Insgesamt hat der Arzt heute die Wahl zwischen ungefähr 20 verschiedenen Wirkstoffen und 30 bis 50 Medikamenten (*Faust, 2004*), die er einsetzen kann. Der ältere Patient kann durch die neueren Medikamente gezielter behandelt werden, die insgesamt geringeren Nebenwirkungen der modernen Antidepressiva sorgen für eine bessere Mitarbeit des Patienten, der sein Medikament über mehrere Monate regelmäßig und zu bestimmten Tageszeiten einnehmen muss.

Leider werden von den Hausärzten die preiswerteren trizyklischen Antidepressiva auch beim älteren Patienten zu häufig eingesetzt, obwohl die Gefahr von Unverträglichkeitsrisiken gerade im Alter bei Begleiterkrankungen groß ist und Therapieabbrüche durch den Patienten folgen können. Das toxische bis tödliche Potenzial dieser Medikamente für suizidgefährdete Menschen sei nur nebenbei erwähnt, die neueren Medikamente bergen dieses Risiko nicht mehr.

Auch Johanniskraut kann als pflanzliches Mittel bei leichteren Depressionen infrage kommen; es ist allerdings keineswegs harmlos, da es Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten zeigt.

Niklewski (2004: 154) gibt eine Therapieresistenz von 10-20% an. Trotz der modernen und potenten Medikamente sprechen also bis zu 20% der Patienten auf die medikamentöse Behandlung nicht an, wobei hier vor allem die chronischen und schwersten Verläufe betroffen sind. (*Faust, 2004*). Im Umkehrschluss ist aber festzuhalten, dass auch bis zu 80% der älteren Patienten zu helfen ist, wenn sie adäquat behandelt werden und die notwendige Compliance zeigen.

Niklewski (2004: 154) weiter: „Leider gibt es auch Depressionen, bei denen alle Behandlungsversuche keinen Erfolg haben. Die Stimmung wird und wird nicht besser, immer neue Einzelsymptome treten hinzu, die Betroffenen und ihre Angehörigen beginnen zu verzweifeln. ... Manchmal resignieren aber sogar Fachleute, auch Psychiater, die es besser wissen müssten, zu früh. Es gibt Depressionen, die wirklich nicht abklingen und auf keine Behandlung nach heutigem Wissensstand ansprechen. Doch bei vielen Patienten, wenn nicht sogar bei den meisten, wird einfach zu schnell aufgegeben. Denn nicht alle diese Depressionen sind tatsächlich nicht zu bessern!“

Grond (2001: 133) und *Radebold (1997: Vorwort)* beschreiben die Versorgungsrealität älterer depressiver Patienten als mangelhaft. Sie kritisieren dabei vor allem ihre hausärztlich tätigen Kollegen, die eine Depression oft nicht erkennen, sie inadäquat oder gar nicht mitbehandeln. Allerdings ist die Mitwirkung des Patienten (und der Angehörigen) entscheidend für den Erfolg und gleichzeitig die Gefahrenquelle an sich: ältere Patienten sind nicht nur misstrauisch gegenüber Psychopharmaka: sie sind oft in ihrer

trauisch gegenüber Psychopharmaka: sie sind oft in ihrer Auffassungsgabe langsamer, können sich schlecht merken, was der Arzt gesagt hat, und sind mit dem Beipackzettel grenzenlos überfordert. Die Feinmotorik ist gefragt, wenn es gilt, kleine Tabletten in die Hand zu nehmen oder zu teilen. Auch Schluckbeschwerden (durch Kapseln) können ebenso die tägliche Einnahme behindern, die zwingend zum Behandlungserfolg nötig ist. Dazu kommt eine Abschwächungswirkung durch Nikotin und eine verstärkende Sedierung bei Alkoholkonsum.

Ältere Patienten sind also in hohem Maß auf die praktische Mithilfe und Kontrolle, auf das „Mitdenken“ und „Mutmachen“ ihrer Angehörigen angewiesen. *Faust (2004)* geht davon aus, dass ein Drittel des Behandlungserfolgs davon abhängt.

Wirksame antidepressive Medikamente gibt es erst seit weniger als 40 Jahren. Vorher galt die Depression als unbehandelbares „Persönlichkeitsmerkmal“, als „Geisteskrankheit“, als „Charakterschwäche“ oder einfach als „Schicksalsschlag“. Älteren Patienten ist die Depression als ernste, aber auch behandelbare Erkrankung, meist immer noch fremd und unheimlich. Die jüngeren Patienten tabuisieren ihre Erkrankung meist nicht mehr: sie gehen offener und vor allem informierter mit der Krankheit „Depression“ um.

1.8. Die psychotherapeutische Behandlung

Die Überweisung zum Psychiater stellt aus oben genannten Gründen für viele ältere depressiv Erkrankte ein Problem dar. Niemand spricht gerne einem Fremden gegenüber, selbst wenn dieser Arzt ist, über seine innersten Sorgen, Ängste oder seine familiären Probleme.

Meist kommt hinzu, dass sich der ältere Patient einem wesentlich jüngeren Arzt oder Therapeuten gegenübersehen wird, der einer anderen Generation angehört und vermeintlich Mühe haben wird, zu verstehen, was Alter und Altern bedeutet.

Dieser kritische Punkt in der therapeutischen Beziehung wird in der Literatur an verschiedenen Stellen als höchstproblematisch angesehen, da der ältere Patient dem Therapeuten gegenüber von initialem Misstrauen geprägt sein kann (*Wolfersdorf 1997: 116 ff*); obwohl die Psychotherapie der zweite Baustein in der Behandlung der Depression ist, läuft sie deswegen oft ins Leere, oder wird strikt abgelehnt. Dabei steht vor allem mit der klassischen Verhaltenstherapie (*siehe Hautzinger 2000, Depression im Alter*) ein erprobtes Verfahren und psychotherapeutisches Gruppenprogramm zur Verfügung, das speziell für ältere Patienten modifiziert wurde.

Dass es mit der psychotherapeutischen Versorgungsrealität nicht zum Besten bestellt ist, zeigte nicht zuletzt die *Berliner Altersstudie*: kein einziger der von den Hausärzten als depressiv behandelten Patienten führte eine Psychotherapie durch. Die uns vorliegenden Zahlen gehen von einem Verhältnis von

1 : 200 Patienten über 60 Jahren aus, die psychotherapeutisch behandelt werden. Auf die erschreckende Unwilligkeit mancher Psychotherapeuten, ältere Menschen zu behandeln, weist *Erlemeier (2002: 136)* hin.

Auch der Anteil älterer Patienten ab 60 Jahren in psychosomatischen Reha-Kliniken liegt nach *Radebold (1997: 56)* nur bei 5,2%. Menschen über 70 Jahren finden sich nur noch zu 1,3% in diesen Kliniken. Uns sind aus eigener beruflicher Praxis nur drei Reha-Kliniken bekannt, die spezielle Behandlungskonzepte für den älteren Patienten entwickelt haben (Rothaarklinik Bad Berleburg, Psychosomatische Fachklinik Bad Dürkheim und Klinik Alpenblick Isny).

Ambulante Psychotherapeuten und Reha-Kliniken sind also, bis auf wenige Ausnahmen, auf unter Depressionen leidende ältere Menschen nicht eingestellt. Wenn aber die entsprechende Mobilität und Bereitschaft zur Psychotherapie vorhanden sind und keine kognitiven Defizite bestehen, können ältere Menschen davon genauso profitieren wie jüngere Patienten.

Die neurobiologische Grundlagenforschung geht inzwischen davon aus, dass Psychotherapie sogar die Strukturen des Gehirns positiv beeinflussen kann – bis hin zum Wachstum einzelner Zellverbände. *Niklewski (2004: 261)* dazu:

„Diese Erkenntnis, nachgestellt und beobachtet auch in Computersimulationen, eröffnet neue Möglichkeiten, die antidepressive Wirkung der Psychotherapie zu erklären und zu verstehen. ... Nicht nur eine Therapie mit Antidepressiva greift in das neuronale Funktionieren des Gehirns ein. Auch Psychotherapie hat direkte Auswirkungen auf Stoffwechselforgänge des Gehirns.“

1.9. Heilungschancen

Es gibt optimistische wie pessimistische Einschätzungen zum dauerhaften Behandlungserfolg älterer depressiver Patienten. Ausgehend von einer dauerhaft möglichen Heilungschance von bis zu 80% bei entsprechender medikamentöser Behandlung und entsprechender Compliance ist die Realität ernüchternd.

„*Cole et al.* fanden in einer Metaanalyse nur bei 1/3 der depressiven Älteren nach zwei Jahren eine Remission der Störung, in der Mehrzahl hingegen eine von chronifizierenden und rezidivierenden Verläufen geprägte Prognose, die ungünstiger als die Prognose bei stationär behandelten Patienten mit wesentlich höherer Krankheitsschwere war.“ (*Bickel 2003: 22*)

Auch *Hautzinger (1998: 79)* geht davon aus, dass gerade beim älteren Menschen noch vieles ungeklärt ist. Er schreibt dazu im Schlusswort seines Buches „Depression“: „Wir verfügen über wenig Wissen zu den Wirkmechanismen der Psycho- und der Pharmakotherapie bei affektiven Störungen und es existieren für so wichtige Bereiche wie Rückfallprophylaxe und Behandlung älterer depressiver Patienten kaum bzw. bislang unzureichende wissenschaftliche Untersuchungen. ... Zu Entstehungsbedingungen, Risikofaktoren und

Vulnerabilitäten auf der psychologischen und biologischen Ebene gibt es vielfältigste Konzepte, die zwar zunehmend durch Längsschnittstudien untermauert werden, doch besteht hier unverändert dringender Forschungsbedarf.“

Und trotzdem: es gibt heute verträglichere und bessere Medikamente als vor zehn oder zwanzig Jahren, nur profitieren die Älteren nicht davon. Hier besteht noch ein großer Aufklärungsbedarf, und in besonderer Verantwortung stehen dabei die Hausärzte als erste Anlaufstelle.

Damit ältere Menschen bezüglich ihrer depressiven Erkrankung erfolgreich behandelt und dauerhaft geheilt werden können, sollten folgende zehn Bedingungen erfüllt werden:

1. Der Patient sucht einen Arzt auf oder wird zum Arzt begleitet
2. Der Arzt erkennt die depressive Störung
3. Der Arzt behandelt diese adäquat oder überweist zur adäquaten Behandlung
4. Die Compliance des Patienten ist positiv
5. Die Angehörigen unterstützen den Patienten bei der regelmäßigen Medikamenteneinnahme
6. Begleiterkrankungen werden beachtet und abgestimmt therapiert
7. Psychologische Hilfen werden angeboten und bei Bedarf auch genutzt
8. Der Patient wird nicht sich selbst überlassen
9. Der Behandlungserfolg wird regelmäßig überprüft
10. Die Medikamente müssen mindestens 6 Monate eingenommen werden.

Der zweite Teil dieser Arbeit wird sich mit den älteren Menschen befassen, die keinen anderen Ausweg mehr als die Selbsttötung für sich sehen. Viele dieser Patienten befinden sich offenbar in einer Notlage, die von Außen nicht wahrgenommen wird, und sie zeigen zum Zeitpunkt des Suizids häufig depressive Störungen. Da ältere Menschen davon häufiger betroffen sind, als vermutet wird, werden wir die mögliche Selbstgefährdung dieser Patienten und die entsprechende Behandlung und Prävention diskutieren.

Wolfersdorf (2002: 41) schreibt einen Kernsatz zu diesem Thema, den wir bereits auf Seite 4 wiedergegeben haben: „Die Depression ist eine lebensgefährliche Erkrankung, und man kann an ihr sterben. Die allermeisten depressiv Kranken überstehen mit Hilfe auch suizidale Krisen“.

Dass es bei der Behandlungseinsicht, bei der Diagnosestellung und der Therapie älterer Menschen zu erheblichen Problemen kommen kann, haben wir bereits dargelegt. Aber: Hilfe ist möglich und steht jedem zu, gleich welchen Alters.

Von stationär gerontopsychiatrisch behandelten, depressiven Patienten wird berichtet (*Wolfersdorf 2000: 159; Wächtler 2003: 453*), dass deren Suizidrisiko auf Station sehr gering ist, während jüngere Patienten weitaus mehr gefährdet sind. Er führt das darauf zurück, dass sich ältere Menschen auf Station beschützt und verstanden fühlen, „man kümmert sich endlich um sie“. Ihr Sui-

zidrisiko steigt kurz vor der Entlassung aber wieder an, weil die Patienten um die erneut drohende Einsamkeit und Hilflosigkeit wissen.

Auch in Pflegeheimen wird, wie wir noch ausführen werden, keine signifikant höhere Suizidrate als in der altersgleichen Bevölkerung festgestellt, obwohl es hier auch zu Suiziden durch Aufgabe des Lebenswillens und Verweigerung der Nahrung kommt, und diese so genannten „stillen Suizide“ nicht in der Statistik auftauchen.

Eine Studie der Charite Berlin über 130 Suizide (*Klostermann, 2004*) weist darauf hin, dass die Problematik Depression im Alter und Suizide unterschätzt wird. Die Studie wird auszugsweise vorgestellt.

Folgende Fragen werden aufgegriffen:

- Warum suizidieren sich ältere Menschen?
- Welche Signale sind zu beachten?
- Wie kann man intervenieren?
- Gibt es protektive Faktoren?

Dazu werden verschiedene Fallbeispiele geschildert, die deutlich machen werden, wie Suizidalität entstehen kann.

2. Suizidalität im Senium

2.1. Einführung und Definition

„Selbstmord, das ist die Abwesenheit der anderen“ – *Faust (1999: 167)* drückt aus, was sich durch alle Suizidtheorien zieht: es ist nicht nur die subjektive Notlage des betroffenen Menschen, der nur noch den Ausweg des Suizids sieht, es ist auch das Fehlen von protektiven Faktoren oder aufmerksamen Menschen, die die Gefahr wahrnehmen und den Suizid noch verhindern könnten.

Wenn *Faust* weiter sagt : „Selbstmörder ist man lange, bevor man Selbstmord begeht“, so heißt das nichts anderes, als dass ein Entwicklungsprozess vorausgeht, also Zeit vorhanden ist, um aufmerksam zu werden und hilfreich intervenieren zu können. Für *Wolfersdorf (2000: 99)* ist dabei das Gespräch mit dem Lebensmüden, auch das direkte Ansprechen möglicher suizidaler Gedanken, die Grundlage jeder Suizidprophylaxe.

„Im Rahmen des Gesprächs soll offen und direkt, ernst nehmend, einfühlsam, Suizidalität akzeptierend und stellvertretende Hoffnung vermittelnd, nach Suizidalität gefragt werden. ... Es gilt also, sich Zeit zu nehmen, zuzuhören, nachzufragen, Verständnis, Fürsorge und Hoffnung zu vermitteln, auf die emotionalen Inhalte, z. B. Trauer, Enttäuschung, Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit vorsichtig einzugehen und deren Äußerung zu ermöglichen und zuzulassen.“

In diesem Teil werden einige Wissenschaftler zitiert, die, wie *Faust und*

Wolfersdorf, schon im ersten Teil der Arbeit genannt wurden, da Depression in vieler Hinsicht mit dem Thema Suizidalität verbunden ist. Neu dazu kommen vor allem die beiden Forschungsberichte von *Norbert Erlemeier*, der bereits 1992 im Auftrag des damals zuständigen Bundesministeriums für Familie und Senioren die Suizidgefahr im Alter untersucht hat. Seine Folgeuntersuchung von 2001, wiederum im Auftrag des Bundesministeriums, enthält die bislang umfangreichste Darstellung zur Alterssuizidproblematik in Deutschland.

In dieser Arbeit wird der Begriff „Suizid“ verwendet; „Freitod“ spiegelt etwas Falsches vor. Höchst selten ist der Suizid das Ergebnis einer freien Entscheidung: er ist im Gegenteil fast immer der Schlusspunkt einer scheinbar nicht mehr aushaltbaren Lebenskrise, und in 4 von 5 Fällen das Symptom einer Depression (*Niklewski 2004: 161*). *Teising (1992: 22)* schreibt dazu:

„Bei meiner Tätigkeit als Arzt, Psychiater und Psychoanalytiker bin ich im Rahmen des medizinischen Versorgungssystems vielen suizidalen alten Menschen begegnet. Keiner von ihnen hatte in freier Entscheidung seine Suizidabsichten entwickelt, sondern in Situationen sozialer und/oder seelischer Not, tiefer Verzweiflung, in Krisen und Notlagen, in Lebenssituationen, die gerade nicht frei sind.“

Auch der Begriff „Selbstmord“ ist heikel: wer „morden“ kann, und sei es nur sich selbst, handelt unmoralisch, verwerflich. Von Wertungen sollte man sich gerade beim Suizid hüten, denn wer von uns kennt nicht selbst das Gefühl gelegentlichen Lebensüberdrusses oder auch einer gewissen Lebensmüdigkeit in schwierigen Lebensphasen? Wir sollten deswegen zu verstehen versuchen, warum sich ältere Menschen so häufig suizidieren und „selbst fallen“ (so die aus dem Lateinischen hergeleitete Bedeutung des Wortes Suizid).

Der Begriff „lebensmüde“ wird benutzt, da er sehr gut beschreibt, was dem Suizid zugrunde liegt: eine Anstrengung oder ein Leiden, dessen man überdrüssig geworden ist, und den Wunsch, „endlich“ zur Ruhe zu kommen oder erlöst zu werden.

„Lebensmüde“ impliziert aber auch ein „Wieder-Wach-Werden-Können“, also einen seelischen Schwebezustand, der durch Andere günstig zu beeinflussen ist, wenn Anteilnahme, Interesse, Wertschätzung gezeigt und praktische Hilfe geleistet wird. In diesem Spannungsfeld, in dem sich viele ältere Menschen bewegen, setzen Prävention und Intervention ein.

Im Folgenden werden einige Aspekte zum Thema Suizid wiedergegeben, durch die unterschiedliche Ansatzpunkte bei der Bearbeitung des Themas deutlich werden.

Haenel & Pöldinger (1986: 107): „Unter Suizidalität verstehen wir das Potential aller seelischen Kräfte und Funktionen, das auf Selbstvernichtung tendiert.“

Heuft (1992: 120ff): „In sorgfältigen Untersuchungen konnte herausgearbei-

tet werden, dass bei Suizidenten im Alter wie auch bei jüngeren Menschen Konflikte und Schwierigkeiten innerhalb wichtiger Beziehungen sowie besondere Kränkungerlebnisse eine zentrale Rolle spielen. ... Eine Suizidhandlung ist praktisch immer der Versuch, in einer psychischen Situation, die so auf keinen Fall bleiben kann, etwas grundlegend zu verändern“.

Wolfersdorf (2000: 18): „Suizidalität ist die Summe aller Denk- und Verhaltensweisen von Menschen oder Gruppen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln, Handelnlassen oder passives Unterlassen den eigenen Tod anstreben bzw. als mögliches Ergebnis einer Handlung in Kauf nehmen“.

Weltgesundheitsorganisation (2001): „Suicide ist the result of an act deliberately initiated and performed by a person in the full knowledge or expectation of its fatal outcome“.

2.2. Prävalenz

Pro Jahr werden in Deutschland ca. 11.000 vollendete Suizide registriert. Alle 47 Minuten stirbt ein junger oder alter Mensch durch eigene Hand. Errechnet man die Lebenszeitprävalenz, wird derzeit jeder 71. Mann und jede 149. Frau durch Suizid sterben; das Risiko ist für Männer also doppelt so hoch (*Erlemeier 2002: 30-32*). 1,4% aller Sterbefälle des Jahres 1998 waren Suizide.

Die Gesamtsuizidrate lag in Deutschland 1999 bei 13,6 Suiziden auf 100.000 Einwohnern über 15 Jahren, und damit deutlich unter dem Mittelwert anderer europäischer Länder.

Die Zahlen gingen in den vergangenen Jahren leicht zurück, der Anteil der älteren Menschen ab 65 Jahren, die sich das Leben genommen haben, ist jedoch von 3.278 (1999) auf 3.534 (2002) um fast 10% angestiegen (*Klostermann & Schneider, 2004; Wächtler, 2003*).

Jeder dritte Suizident ist demnach älter als 65 Jahren – oder noch deutlicher: jeden Tag sterben zehn ältere Menschen durch eigene Hand. Diese Zahlen sind mit Vorsicht zu behandeln, da nicht alle suizidalen Handlungen (Autounfälle, Medikamentenmissbrauch, „stille Suizide“ durch Verweigerung der Nahrung) erfasst werden können. Es handelt sich also um einen unteren Wert, die Dunkelziffer ist ebenso wie die der Suizidversuche nicht bekannt.

Erlemeier (2002: 32) weist auf die hohe Prävalenzrate hin, in dem er den Anteil Älterer an der Gesamtbevölkerung gegenüberstellt: „Die besondere Suizidgefährdung im Alter kann auch noch auf andere Weise verdeutlicht werden. Setzt man den Anteil der über 60jährigen Suizidfälle an der Gesamtzahl der Suizidtoten ins Verhältnis zum Anteil der über 60jährigen an der Gesamtbevölkerung, so ergibt sich eine klassische Überrepräsentation der über 60jährigen an allen Suiziden.“

Tabelle 3: Entwicklung der Suizidgefährdung im Alter

Beteiligung an Suiziden / Anteil an der Gesamtbevölkerung 1990	Gesamt > 60 LJ: 38% / 20%
Beteiligung an Suiziden / Anteil an der Gesamtbevölkerung 1996	Gesamt > 60 LJ: 37% / 21%
Beteiligung an Suiziden / Anteil an der Gesamtbevölkerung 1999	Gesamt > 60 LJ: 38% / 23%

Quelle: vgl. Erlemeier, 2002: 32

Aus den aufgeführten Zahlen wird deutlich, dass der Anteil der älteren Menschen, die sich suizidiert haben, in allen drei Vergleichsjahren deutlich höher lag als ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung.

Fest steht, dass ältere Menschen es sehr ernst meinen, wenn sie davon sprechen, „Schluss zu machen“. Die Tat wird meist auch vollzogen, wenn keine Intervention erfolgt. Suizidversuche sind deswegen bei älteren Menschen seltener als bei Jüngeren, und suizidale Handlungen Älterer lassen kaum noch Rettungsmöglichkeiten zu, wenn sie erst einmal in Gang gesetzt werden.

Damit wird ein abgesichertes und international bekanntes Phänomen deutlich: das „ungarische Muster“. Das Suizidrisiko steigt als Funktion des Alters an, diese Rate ist vor allem bei den Männern über 75 Lebensjahren am höchsten. Deutschland nimmt hinsichtlich der Alterssuizidrate (ab 75 Jahren) mit 76,4 : 100.000 (vgl. die o. g. mittlere Rate von 13,6 für den Bevölkerungsdurchschnitt) eine mittlere Position ein.

Tabelle 4: Europaweite Suizidraten der Älteren im Vergleich (Lebensalter >75 LJ)

Irland	12
Deutschland	76,4
Frankreich	>100
Österreich	>100
Ungarn	186

Quelle: Gulbinat (1996: 31-42).

In Bulgarien, Frankreich und Österreich ist die Rate für die Älteren wesentlich höher, in Ungarn weltweit am höchsten, in Irland am niedrigsten. Vergleichsweise niedrige Raten weisen auch die Länder Griechenland, Großbritannien, Island, Norwegen, Polen und die Niederlande auf (jeweilige Raten unter 40).

Kulturelle Unterschiede mögen erklären, dass alte Männer in Südamerika bis zu 11,5 mal häufiger Suizid als gleichaltrige Frauen begehen; in Deutschland waren es im Jahr 1999 ungefähr 1,7 mal mehr alte Männer als Frauen

(Vergleichszahl 1993 : 2,7 mal mehr Männer als Frauen), die sich suizidiert haben; der Frauenanteil steigt demnach an.

2.3. Ursachen und Risikogruppen

Der depressive Mensch gilt nach *Wolfersdorf (2000: 135)* als der „Prototyp des Suizidgefährdeten. ... Die Depression ist auch heute noch die tödlichste psychische Erkrankung, Angehörige und Ärzte müssen hellhörig sein“.

Der erste Teil der Arbeit hat sich ausführlich dem Thema Depressionen gewidmet: Suizidalität hat eng mit denselben Auslösern zu tun, die auch bei Depressionen festgestellt werden. Auch hier werden einige Experten direkt zitiert.

Erlemeier (2002: 65) gibt an, dass bei den schweren Verläufen jede siebte Depression irgendwann mit dem Tod durch Suizid endet, bei den leichteren und mittleren Verläufen stirbt fast jeder zwanzigste Patient durch Suizid im Laufe seines Lebens. Die Suizidrate für depressive Patienten aller Altersgruppen ist 30mal höher als die der Allgemeinbevölkerung. 40-60% der Suizidenten sind oder waren depressiv, alte Menschen sind hier besonders stark betroffen. *Wolfersdorf (2000: 139)* dazu: „Das Erleben einer Depression führt offensichtlich am engsten von allen psychischen Erkrankungen an die allgemein menschliche Möglichkeit einer suizidalen Beendigung des eigenen Daseins heran.“

Bojack (2003: 47) schreibt, dass es sehr schwer ist, suizidale Tendenzen bei älteren Menschen wahrzunehmen, weil diese vorher weniger direkte Signale (als Jüngere) abgeben, und ihre Handlung meist sehr entschlossen planen und durchführen. Auch für *Erlemeier (2002: 55 und S.57)* sind suizidale Krisen im Alter präventiven und therapeutischen Bemühungen oft nur schwer zugänglich: „Der Wille zu sterben kann vor allem bei alten Männern so übermächtig sein, dass Hilfe von außen nicht mehr greifen kann oder nicht mehr in Anspruch genommen wird.“

Erlemeier (2002: 52) schreibt an anderer Stelle zum Profil der Patienten: „Zusammenfassend ist festzuhalten, dass suizidale Gedanken und Gefühle bei sich gesund fühlenden alten Menschen so gut wie nicht auftreten. Bei psychisch und/oder körperlich belasteten alten Menschen ist, suicidal ideation' jedoch nicht selten. Sie kann sich in verschiedenen Formen ausdrücken, im Gefühl, das Leben sei nicht mehr wertvoll, im Wunsch tot zu sein, oder auch in manifesten Suizidgedanken bis hin zur Vorstellung, sich das Leben nehmen zu wollen.“

Wie kann man also unter der Vielzahl der körperlich behinderten, multimorbiden, eventuell auch seelisch „angeschlagenen“ und hoffnungslosen alten Patienten, die Gruppe der Suizidgefährdeten erkennen?

Wächtler (2003: 450-451) weist in seinem Beitrag für das „Lehrbuch der Gerontopsychiatrie“ darauf hin, dass Älterwerden zwar mit Lebensmüdigkeit

verbunden sein kann, dass aber die überwiegende Mehrheit älterer Menschen sich an die Erschwernisse des Alters anpasst, und nur eine Teilgruppe suizidal reagiert. Es müssen also zusätzliche Faktoren dazukommen, um suizidale Tendenzen auszulösen. Diese bestehen in drei Bereichen:

1. Psychische Erkrankungen (vor allem Depressionen, besonders gefährlich, wenn diese erstmalig im Alter auftreten, und Suchterkrankungen);
2. Körperliche Erkrankungen (Chronische, unheilbare Leiden; betreffen vor allem Schmerzpatienten);
3. Psychosoziale Einschnitte (Partnerverlust, Umzug, Rückzug von Ämtern, Aufgaben oder Hobbies, Kinder ziehen weg).

Belastungen werden besser verkraftet, wenn sich der ältere Mensch in einem sozialen Netzwerk aufgehoben weiß. Die eigenen Ressourcen sind aber immer bedroht, wenn zuviel Negatives auf einmal zusammenkommt oder eine nicht vorhersehbare Krankheit ausbricht. All das gilt selbstverständlich auch für jüngere Menschen, doch kommt beim Älteren die sinkende Flexibilität dazu, darauf angemessen reagieren zu können, da die körperlichen und seelischen „Selbsteilungskräfte“ meist schon geschwächt sind und in der Krisenbewältigung nachlassen, während gleichzeitig die Hoffnung auf ein „gesundes“ Altern mehr und mehr schwindet.

„Dann kann aus der Krise eine Depression erwachsen, und eine suizidale Entwicklung beginnen. In dieser Situation reicht häufig ein unbedeutend erscheinender letzter Auslöser, um die Suizidhandlung zu triggern.“ (Wächtler 2003: 451)

Teising (1992), Ernst (1997), Wolfersdorf (2000) und Giernalczyk (2003) nennen folgende Risikogruppen:

- Depressive Menschen, besonders bei spät manifestierten Depressionen
- Menschen mit Psychosen
- Alte, vereinsamte Menschen
- Chronisch kranke Menschen (besonders Krebs-, Dialyse-, Schmerzpatienten)
- Menschen mit Suizidversuchen in der Vergangenheit
- Suchtkranke, besonders alte Alkoholiker
- Alleinstehende, vor allem verwitwete Männer
- Angstpatienten, auch an Hypochondrie leidende Menschen
- Hoffnungslose Menschen
- Unter Familienstreit leidende Menschen
- Demenzerkrankte im Anfangsstadium
- Alte Menschen, die sich suizidal äußern

Damit sind Risikogruppen definiert, die besonders gefährdet sind, suizidale Handlungen vorzunehmen, wenn ihre offensichtliche Isolation und Hoffnungslosigkeit von Außen nicht registriert wird.

Im Sinn einer Risikopathologie können, ähnlich wie beim depressiven Men-

schen, folgende Denkweisen und Gefühle auf suizidale Tendenzen hinweisen:

Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit, Selbstentwertung, Schuldgefühle, depressive Wahnideen, imperative Stimmen, Herabgestimmtheit, Angst, innere Unruhe oder Schlafstörungen. Trotzdem bleibt die Identifizierung eines suizidgefährdeten älteren Menschen eine schwere Aufgabe, denn, so *Wolfersdorf et al. (1992: 37)*:

„Die Grenzen der Diagnostik werden auch durch den betroffenen Suizidenten selbst gesteckt, durch seine Bereitschaft, Hilfsbedürftigkeit zu dokumentieren, für sich Hilfe in Anspruch zu nehmen und für Hilfe offen zu sein“.

Jeder ältere Mensch erlebt seinen Kräfteabbau oder eine beginnende Erkrankung unterschiedlich. Körperliche Erkrankungen werden erst dann zum Risiko, wenn sie die alltäglichen Verrichtungen oder die Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen erheblich erschweren. Auch die eigene negativ-hoffnungslose Überzeugung, hilflos zu werden, auf andere angewiesen zu sein oder leiden zu müssen, kann typische und zum Teil durchaus behandelbare Altersbeschwerden überhöhen und suizidal aufladen. Die subjektive Empfindung und Verarbeitung ist dabei entscheidend – nicht der objektive Befund.

Untersuchungen von *Jäger & Schmeling-Kludas (1992: 207-220)* zeigten, dass jeder fünfte Suizident unter Arthritis, Herzerkrankungen, den Folgen operativer Eingriffe oder Krebs litt, wobei die betroffenen Krebspatienten keine akut lebens-bedrohliche Prognose hatten.

In einer englischen Untersuchung über 100 Suizide älterer Menschen (*Cattell & Jolley 1995: 451-457*) waren 65% der älteren Suizidenten „bei schlechter Gesundheit“, wobei auch hier kein terminaler Krebspatient vertreten war. 27% litten unter Schmerzen, 61% hatten eine depressive Störung. Der Suizidologe *Draper (1996: 581-582)* schätzt die Gefahr, die von Depressionen ausgeht, noch größer ein: „The extent to which physical health is a risk factor for attempted suicide is unclear. Depression was the predominant disorder, occurring in 56-93% of patients.“

Obwohl die Depression die wichtigste Variable beim Suizid zu sein scheint, ist sie für sich alleine noch keine hinreichende Bedingung: erst mit dem Auftreten weiterer Belastungen physischer, psychischer oder sozialer Natur, wird der Suizid wahrscheinlicher. Dem Sozialen Umfeld kommt deswegen eine Schlüsselfunktion zu. Nach *Erlemeier (2002: 72)* leben 25-30% der über 65jährigen „sozial isoliert“, besonders betroffen dabei sind die Hochaltrigen: *Erlemeier* schätzt den Anteil der suizidgefährdeten vereinsamten älteren Menschen auf 5-10%.

Die bereits im ersten Teil zitierte *Duderstadt-Studie* von *Welz (1997: 178)* liefert weitere Anhaltspunkte: von den 190 befragten älteren Menschen konnten nur 17,3% über eine gute soziale Integration mit über 120 Kontakten im Monat berichten. Mehr als 1/3 der Befragten befand sich jedoch objektiv in einer Situation sozialer Isolation; und jeder zehnte ältere Mensch (9,5% der

Befragten) hatte nicht einmal einen täglichen Kontakt zu Außenstehenden. Die Befragten mit guter Integration waren fähig, auch mehrere negative Ereignisse zu verkraften, ohne depressiv zu reagieren (s. dazu auch Kapitel 2.9: 41).

„Es sind aber nicht so sehr die äußeren Merkmale wie Kontaktdichte und Kontakthäufigkeit die entscheidenden Einflussfaktoren, sondern viel stärker Gefühle des Ausgeschlossenseins und Verlassenwerdens, konflikthafte Beziehungen und interpersonale Probleme, die Menschen in eine suizidale Krise führen. Der depressive und suizidale Mensch leidet fast immer unter Beziehungsstörungen.“ (*Erlemeier 2002: 74 und Wolfersdorf 2000*)

Suizidale Gefährdung Älterer besteht umso eher, wenn nur noch wenige oder kaum mehr Außenkontakte bestehen. Sind diese Kontakte allerdings vertrauensvoll, regelmäßig und zuverlässig, sinkt die Lebensmüdigkeit und das Suizidrisiko.

De Leo et al. (1995) konnten die Suizidrate in Venedig und Padua durch ihr Suizid-Präventionsprojekt Ende der 1980er Jahre fast auf „Null“ senken: über 12000 Menschen über 65 Jahren wurden über einen Zeitraum von vier Jahren zweimal wöchentlich kurz angerufen und mit Sendern für Hilferufe ausgestattet; in dieser Zeit kam es in dieser Gruppe nur zu einem Suizid.

Dass es in Deutschland möglich ist, einen Hausnotruf sogar kostenlos zu erhalten, wenn man im Rahmen der Pflegeversicherung Leistungen erhält, sei nur nebenbei erwähnt, und ist unter präventiven Gesichtspunkten von großer Bedeutung.

2.4. Suizidmethoden

Das *Statistische Bundesamt (2002)* liefert uns für das Jahr 1999 folgende Daten über Suizidenten ab 65 Jahren. Demnach stehen bei den Männern das Erhängen (62%), der Gebrauch von Schusswaffen (14%) und der Sprung in die Tiefe (8%) an oberster Stelle. An Medikamenten- oder Drogenmissbrauch sterben 4% der Männer (in den USA werden Schusswaffen bei 80% der Suizide eingesetzt). Frauen erhängen sich besonders häufig (43%), nehmen eine Überdosis an Arzneimitteln oder Drogen (16%) oder springen in die Tiefe (16%). Noch wenig untersucht sind bislang die „stillen Suizide“, die sich durch Ablehnung ärztlicher Verordnungen oder notwendiger Ernährung zeigen, vor allem im Bereich der stationären Altenhilfe (s. auch Kapitel 2.10.).

Auch Zahlen zu bewusst herbeigeführten Autounfällen älterer Menschen mit Todesfolge („Geisterfahrer“ oder Unfälle mit unklarer Ursache) gibt es nicht. Auch wenn alte Menschen diese Art des Suizids scheinbar selten durchzuführen, sollten wir mögliche Andeutungen („da fahre ich eben gegen den nächsten Baum“) bei Älteren, die noch selbst fahren können, ernst nehmen. Das Ertrinken („Ins Wasser gehen“) oder das „Sich-vor-den-Zug-werfen“ ist bei alten lebensmüden Menschen selten.

Eine Tendenz jedoch stellte sich heraus: die so genannten „weichen“ Me-

thoden machen mehr und mehr den „harten“ Methoden Platz: alte Männer benutzen zu 84% tödliche Methoden, die Frauen liegen mit 75% dicht dahinter.

Suizidversuche kommen im Alter seltener vor. Aus internationalen Studien (*Erlemeier 2002: 47*) ist bekannt, dass hier am häufigsten Medikamente benutzt werden. Unter den Medikamenten befinden sich vor allem Benzodiazepine, aber auch Analgetika und Antidepressiva. Liegen zusätzlich Selbstverletzungen vor, so betreffen diese Schnitte am Hals und den Handschlagadern. Die genannten harten Methoden traten beim Suizidversuch so gut wie nicht auf. Konsum von Alkohol kurz vor dem Suizidversuch fällt eher bei Männern auf. Nach *Teising (1992: 47)* ist Alkohol sogar bei jedem zweiten Suizid im Spiel.

Jeder Suizidversuch im Alter ist besonders ernst zu nehmen. Auch wenn keine „harten Methoden“ eingesetzt werden – der ältere Mensch hat vielleicht nur nicht die Möglichkeit dazu – ist jeder Suizidversuch ein äußerstes Alarmzeichen. Auch für Suizidversuche, die als „missglückte Suizide“ (*Erlemeier 2002: 47*) gedeutet werden können, gilt ein hohes Wiederholungsrisiko, wenn keine adäquate Behandlung folgt.

Deshalb ist es wichtig, die fast immer vorhandenen Alarmsignale rechtzeitig wahrzunehmen und nichts zu bagatellisieren. Fallen entsprechende Äußerungen über Lebensmüdigkeit, sollte der behandelnde Arzt eingeschaltet und Gesprächsmöglichkeiten organisiert werden, um tödliche Ausgänge zu vermeiden (s. Kapitel 2.8).

2.5. *Suizidphasen und Signale*

In diesem Kapitel wird der Frage nachgegangen, wie suizidale Tendenzen eines älteren Menschen erkennbar sind. Nicht jeder ältere Mensch, der zu einer der oben beschriebenen Risikogruppen gehört, ist automatisch suizidgefährdet und muss ständig daraufhin beobachtet oder angesprochen werden. Auch wenn bei Depressionen die Gefahr der Selbsttötung steigt, wird nicht jeder Depressive Suizid begehen. Und auch das wollen wir wiederholen: nicht jeder ältere, körperlich kranke, behinderte oder auch einsame Mensch ist zwangsläufig auch suizidgefährdet.

Bei aller Dramatik des Themas darf nicht vergessen werden, dass der überwiegende Teil der Älteren nicht an suizidale Handlungen denkt. Der überwiegende Teil lehnt diese sogar vehement als „verwerflich“ oder „unchristlich“ ab. Wenn eine individuelle altersgemäße Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod parallel stattfindet, hat das nichts mit Suizidalität zu tun.

Es geht also darum, innerhalb der wachsenden Population älterer Menschen die individuellen Signale einzelner Menschen deuten und besser einordnen zu können, wenn diese zu oben genannten Risikogruppen gehören, um dann präventiv oder durch Intervention handeln zu können. Die Risikogruppen wurden bereits in Kapitel 2.3. angesprochen.

Zunächst soll es darum gehen, von welchen Gefühlen und Gedanken ein suizidaler Mensch beeinflusst wird. Der Suizidforscher *Shneidman (1991)* dazu: „Der übliche Ansporn zum Suizid ist unerträglicher psychischer Schmerz, die übliche Belastung vor einem Suizid sind frustrierte psychische Bedürfnisse, der übliche Zweck eines Suizids ist es, eine Lösung zu suchen. Das übliche Ziel ist das Aufhören des Bewusstseins, das übliche Gefühl bei Suizid ist Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit, die übliche innere Einstellung zum Suizid ist Ambivalenz, der übliche kognitive Zustand ist Einengung, die übliche zwischenmenschliche Handlung vor einem Suizid ist die Mitteilung der Suizidabsichten, die übliche Handlung beim Suizid ist Entkommen“.

Es ist erforderlich, die verschiedenen Phasen vor einem Suizid zu kennen und sich mit entsprechenden Äußerungen und Verhaltensweisen vertraut zu machen, die für Suizidenten jeden Alters gelten. „Angehörige und Ärzte müssen hellhörig sein“ schreibt *Wolfersdorf (2002: 23)* „denn die meisten depressiv kranken Menschen leiden unter Todeswünschen und Suizidideen, sind der Vermittlung von Hoffnung und kompetenter Behandlung zugänglich“.

Im Folgenden wird auf die Einteilung und Terminologie von *Wolfersdorf (2000: 23ff)* Bezug genommen, da hier die Handlungs- und Denkweisen suizidaler Menschen sehr gut beschrieben werden.

Zu unterscheiden sind demnach vier aufeinander folgende Phasen: **Suizidale Einengung – Suizidideen – Suizidabsicht – Suizidhandlung.**

Die erste Phase (die „**suizidale Einengung**“, noch passiv) ist vom Wunsch nach Ruhe und Unterbrechung, bestimmt. Diese Phase wird durch Krisen, unlösbare Aufgaben oder Anforderungen, durch stressreiche Belastungen oder schwelende Konflikte ausgelöst, die in jeder Lebenslage entstehen können, hier aber nicht gelöst werden und sich „festsetzen“. Typische Äußerungen dazu können sein:

„Ich will endlich meine Ruhe haben“, „Ich halte es nicht mehr lange aus“, „Besser wäre es, mich gäbe es nicht mehr“, „Das Leben hat so keinen Sinn mehr“, „Hoffentlich ist bald alles vorbei“, „Lieber tot sein als so weiterleben“.

Diese Phase ist mit chronischem Stress vergleichbar (entsprechend einer psycho-physischen Belastungssituation). Eine persönliche Notlage, eine plötzliche Verschlechterung im Gesundheitszustand, aber auch eine Kränkung oder ein Verlust, der nicht verarbeitet werden kann, machen hoffnungs- und perspektivlos. Eine Depression kann bereits vorliegen und sich verschlechtern. Der Patient verliert schleichend den Lebensmut und die Fähigkeit zu angemessenen Reaktionen, das eigene Leben und der Wert für Andere werden in Frage gestellt.

Die zweite Phase (die „**Suizidideen**“) wird von inneren Kämpfen und Zweifeln bestimmt. Die Möglichkeit des Suizids wird bereits angedacht, fantasiert und wieder verworfen. Moralische und religiöse Vorstellungen stehen dem Suizid noch entgegen. Die Gedanken kehren aber zwanghaft wieder (ähnlich

dem Grübel-zwang in der Depression). Es entsteht bereits ein zunehmender Handlungsdruck. Akustische Halluzinationen können begleitend auftreten.

Die dritte Phase (die „**Suizidabsicht**“) zeigt sich durch erste suizidale Aktivitäten. Der Patient spürt eine endgültige Ausweglosigkeit und gleichzeitig die Fähigkeit, den Suizid vollziehen zu können. Er kann – muss aber nicht – erste Vorkehrungen (z. B. Tablettensammeln, Ortsbestimmung, Abschiednehmen etc.) treffen, und wird in seiner Entscheidung entschlossener. Er verliert Angst und Hemmung. Das Endgültige seines Vorhabens schreckt ihn nicht mehr; er ist bereit, jede noch bestehende Bindung aufzugeben. Er kann dabei seine Absicht auch ankündigen.

Die vierte Phase (die „**Suizidhandlung**“) ist nur noch durch Zufälle zu verhindern. Die Entscheidung ist getroffen, es geht nur noch um die Vollendung, um Zeit und Ort des Suizids. Jeder Zweifel am eigenen Tun und den Folgen scheint gelöscht. Eine ungewohnte innere Ruhe oder irritierende Gelassenheit kann kurz vor dem Suizid eintreten. Der Suizident scheint endlich seinen inneren Frieden wieder gefunden zu haben, und ist nur noch im Ausnahmefall aufzuhalten.

Niklewski (2004: 162) beschreibt schwer depressive Menschen als besonders suizidgefährdet; unsere Aufmerksamkeit ist besonders gefordert, „wenn sie von Gefühlen der Hoffnungslosigkeit, Sinnlosigkeit, Selbstverachtung überwältigt werden; wenn sie sich ganz von Angehörigen, Freunden und bisher noch möglichen Aktivitäten zurückziehen; wenn sie davon sprechen, mit allem Schluss zu machen oder von den Möglichkeiten, die dafür infrage kommen; wenn sie plötzlich zu selbst zerstörerischen und selbst gefährdenden Handlungen (wie riskantem Autofahren) neigen; wenn sie beginnen, geliebte oder für sie bedeutungsvolle Gegenstände zu verschenken oder Vermögens- und Erbschaftsregelungen zu treffen; wenn sich ihr Verhalten unvermutet ändert: sie erscheinen auf einmal ausgeglichener, sind aktiver und wirken vielleicht sogar wie befreit; wenn der Alkoholkonsum steigt; wenn sie sich mit jemandem identifizieren, der sich selbst getötet hat; wenn sie exakte Pläne offenbaren, wie man seinem Leben am sichersten, besten, schnellsten ein Ende setzen kann; wenn sie schon einen oder gar mehrere Selbsttötungsversuche hinter sich haben“.

Diese Alarmsignale sollten im Umgang und bei der Betreuung alter Menschen bekannt sein und zu erhöhter Aufmerksamkeit führen. Auch wenn nicht jeder zum Suizid Entschlossene aufgehalten werden kann, so gibt es in den ersten beiden Erwägungs- und Ambivalenzphasen immer die Möglichkeit, zu intervenieren, zuzuhören, nachzufragen und sich als Gesprächspartner und Helfer anzubieten.

Plötzliche Äußerungen des „Nicht-mehr-leben-Wollens“, Zweifel an der eigenen Existenz und am Lebenssinn, quälende Zukunftssorgen müssen ernst genommen werden. Die oft geäußerten Antworten „Ach, es wird schon wie-

der!“ oder „Reiß Dich doch mal zusammen!“ oder „So schnell stirbt man nicht in deinem Alter“ sind völlig ungeeignet in der Krisenhilfe, da der ältere Mensch sich dadurch nur noch weniger verstanden fühlt und seine, vielleicht letzten, Appelle ganz einstellt.

Notfalls müssen entsprechende Gesprächstechniken erst erlernt werden (am sinnvollsten in der Gruppe), um in entsprechenden Situationen hilfreich und sicher intervenieren zu können.

Die geläufige Meinung, durch ein Nachfragen würden suizidale Gedanken oder Äußerungen erst recht verstärkt (am besten wäre es also, gar nicht darauf einzugehen, sie quasi zu ignorieren), ist unberechtigt. Gerade ein sensibles Nachfragen beweist dem älteren Menschen, dass man ihn auch in seiner Not ernst nimmt, dass er „gehört“ und seine „Botschaft“ verstanden wird, und dass der Zuhörer und Helfer auch bereit ist, sich mit den Gedanken des Lebensmüden, auch mit der Sinnfrage im Alter, auseinanderzusetzen.

2.6. Fallbeispiele

Im Folgenden werden wir einige Fallbeispiele zur Verdeutlichung des oben Gesagten aufführen. Vier Beispiele sind (bis auf den ersten und letzten Fall) der Fachliteratur entnommen.

Fallbeispiel 1

Der 76-jährige Herr Anton ist schon viel in der Welt herumgekommen. Als ehemaliger Chefrevisor einer Versicherung ist er „gut situiert“, liebt das Reisen und das Autofahren. Er ist Witwer, und gehbehindert.

Am Flughafen hatte er sich einmal beim Gang auf die Toilette derart verlaufen, dass seine Lebensgefährtin Mühe hatte, ihn rechtzeitig vor dem Abflug wieder zu finden. Einige Tage später verwechselte er auch den Wochentag, bekam erhebliche nächtliche Unruhezustände, und begann mehrmals, mitten in der Nacht, ziellos im Hotel herumzulaufen; einmal leerte er dabei sogar eine halbe Flasche Cognac.

Nach der Reise forderte die Freundin ihn eindringlich auf, sich endlich wieder beim Hausarzt vorzustellen, was Herr Anton ebenso energisch ablehnte.

Vier Wochen nach diesen Vorfällen brachte die Freundin Herrn Anton an einem Sonntag als Notfall in das nächste Krankenhaus. Er war nicht ans Telefon gegangen, die Freundin befürchtete das Schlimmste und traf ihn völlig verwirrt an. Der diensthabende Arzt veranlasste die sofortige Einweisung in die geschlossene Abteilung des zuständigen Psychiatrischen Landeskrankenhauses wegen Verdacht auf Demenz mit Alkoholabusus. Dort wurde er mehrere Wochen behandelt und mit der Diagnose „beginnende vaskuläre Demenz“ in die weitere tagesklinische Betreuung nachhause entlassen. Die zuständige Führerscheinstelle ordnete eine psychologische Untersuchung an, worauf seine Kinder das Auto verkauften.

Während der stationären Behandlung sprach er wiederholt seine Kriegserlebnisse als junger Soldat an. Er habe auch noch eine unangemeldete Pistole zuhause, die ihm noch nützlich sein könne, „wenn es so weiterginge mit ihm“. Die Pistole wurde tatsächlich zuhause gefunden und vorsorglich zur Seite geschafft.

Herr Anton besucht inzwischen auf Wunsch seiner Kinder eine Tageseinrichtung für Demenzkranke in einem Pflegeheim; er fühlt sich dort subjektiv „fehl am Platz“.

Nach Einleitung einer gesetzlichen Betreuung hält er sich für „entmündigt“. Seine frühere Selbstständigkeit und Unabhängigkeit vermisst er sehr. Er hat jegliches Vertrauen zu den Ärzten und seinen Kindern verloren.
(Falldarstellung aus der Praxis, anonymisiert)

Eigene Kommentierung:

In diesem Fall ist die beginnende Demenz mit der darauf folgenden geschlossenen Unterbringung der Auslöser für suizidales Denken. Zusätzlich fällt auf, dass der Patient erstmals und wiederholt traumatische Kriegserinnerungen schildert. Die Suizidalität besteht auch nach der Entlassung latent weiter, da er die gesetzliche Betreuung als Entmündigung empfindet und die gewohnte Selbstständigkeit verliert. Er verliert damit auch viele Sozialkontakte, das Reisen ist ihm nicht mehr möglich, er hat nur noch seine Lebenspartnerin als Bezugsperson. Der Patient wirkte auch noch Monate nach der Entlassung deprimiert und verzweifelt.

Fallbeispiel 2

Herr May ist ein 72jähriger groß gewachsener, rüstiger und gepflegter Mann. Er hatte vor 14 Tagen einen schweren Suizidversuch mit einer Tablettenintoxikation unternommen, die eine kurzzeitige Behandlung auf der Intensivstation notwendig machte. Was war geschehen?

Herr May verstand sich selbst nicht mehr. Stockend berichtete er nach und nach, dass eine Woche vor seinem Suizidversuch sein Hund überfahren worden sei. Es wurde dann im Gespräch deutlich, dass dieser Hund, den er nach dem Tod seiner Frau, die an einem Karzinom verstorben war, vor sieben Jahren ins Haus genommen hatte, das Lebewesen war, dem er sich am innigsten verbunden fühlte. In den ersten Jahren hatte der Hund ihn auf seinen täglichen Spaziergängen zusammen mit seinem kleinen Enkel begleitet. Nachdem der Sohn vor 2 Jahren weggezogen war, war die Beziehung zwischen Herr und Hund noch intensiver geworden. Herr May berichtete, dass er mit seinem Hund während der Spaziergänge oft spreche, sich dabei an die Gesprächsatmosphäre mit seiner verstorbenen Frau erinnert fühlt und sich so über vieles klarer werden könne.

Es kamen noch zwei weitere von ihm als Kränkung erlebte Ereignisse zu diesem Verlust hinzu. Monate zuvor hatte sich dieser stolze Mann entschlossen, sich ein Hörgerät anpassen zu lassen, da er infolge seiner fortgeschritte-

nen Zuckerkrankheit zunehmend schwerhörig geworden war. Deshalb konnte er schon einige Zeit vorher in seinen Ehrenämtern dem Verlauf der Versammlungen kaum noch folgen und hatte sich durch eine Reihe von Missverständnissen aufgrund von Hörfehlern ein paar Mal der Lächerlichkeit preisgegeben, was er insgeheim nicht verwinden konnte. In mehreren Briefen gab er daraufhin eine ganze Reihe seiner Funktionen zurück, mit der Begründung, er wolle für Jüngere Platz machen.

Im Laufe unserer Gespräche wurde ihm seine eigene Gekränktheit und Verbitterung, die er bisher in seinem Herzen verschlossen hatte, erst selbst so richtig spürbar, und er verstand, dass er bis auf seine Frau in seinem Leben praktisch niemanden nahe an sich heran gelassen hatte. Dieses Bild stand im krassen Gegensatz zu seiner allseitigen Beliebtheit, die für ihn zwei Funktionen erfüllte: durch sein erfolgreiches Engagement für andere stillte er auch einen Hunger nach Gesehenwerden und Anerkennung, und er war stets unter einer großen Zahl von Menschen, hatte viele Kontakte, ohne sich tiefer einlassen zu müssen.

Während einiger Jahrzehnte war diese Konstellation seiner inneren und äußeren Realität für Herrn May stimmig. Jetzt erforderte der Altersprozess mit einer Rückwirkung auf die Beziehungen und das Körpererleben weitere Entwicklungsschritte, die Herr May zunächst nicht mehr zu sehen in der Lage war. Er hatte vor seiner Suizidhandlung nur noch diesen einen Ausweg für sich gesehen.

(leicht gekürzt, nach *Heuft* 1992: 121-122)

Eigene Kommentierung:

Hier ist ein zunächst „banales“ Ereignis der Auslöser eines Suizidversuchs: nachdem der Hund des Patienten überfahren wurde, bricht für ihn eine Welt zusammen, da dieser für ihn zum wichtigsten Lebensinhalt, ja sogar zum letzten Lebensbegleiter, nach dem Tod seiner Frau geworden war. Der Hund hielt ihn offenbar trotz vieler überstandener Krisen am Leben. Die einige Monate zuvor aufgetretene Schwerhörigkeit hatte für ihn auch soziale Folgen: trotz Hörgerät zog er sich noch mehr zurück. Das Beispiel zeigt, dass ein offenbar gut situierter, beliebter und vor kurzem noch vielfältig engagierter, älterer Mensch unbemerkt „vor sich hin“ gelitten hat, bevor er es zum Suizidversuch kam.

Fallbeispiel 3

Ein 72jähriger Mann, seit etwa 4 Monaten verwitwet, leidet unter erneut dekompensierter schwer einzustellender Herzinsuffizienz mit Asthma bronchiale, was ihm das Treppensteigen in den dritten Stock erschwert. Zunehmend versorgt er sich nicht mehr, holt nicht einmal mehr die Zeitung aus dem Postfach im Erdgeschoß und wird, nachdem die Anhäufung von Zeitungen langsam auffällt, und die Nachbarn in Sorge geraten, in völlig verwaorlostem Zustand, mit Gedanken ‚lieber tot sein zu wollen, sich verhungern lassen, bei

seiner verstorbenen Frau sein wollen', in der polizeilich geöffneten Wohnung vom Hausarzt gefunden.

(leicht gekürzt, nach Wolfersdorf 2000: 43)

Eigene Kommentierung :

In diesem Fall bringt der Tod der Ehefrau den Patienten dazu, sich aufzugeben. Es ist hier zwar keine direkte suizidale Handlung zu erkennen, die Absicht aber deutlich, den Tod durch Einstellung aller Kontakte in Kauf zu nehmen. Den Nachbarn ist es zu verdanken, dass der Patient gerettet werden kann.

Fallbeispiel 4

Ein 65jähriger leitender Ingenieur, der kürzlich berentet wurde, wird mit einem hypochondrischen Wahn im Rahmen einer Depression eingewiesen. Verzweifelt verweist er auf den ‚Matsch seiner Neutronen im Gehirn‘ und führt als Beleg die Kurven des EEG an. Vom untersuchenden Arzt wird er nach direktem Befragen als derzeit nicht suizidal eingeschätzt. Kurz nach Verlassen des Arztzimmers hört der Patient eine Mitpatientin schreien. Sofort kommt ihm der Gedanke, „so wolle er nicht elendig verenden“, und er versucht, sich in seinem Zimmer ca. 5 Minuten nach Verlassen des Arztzimmers, durch Stich mit einem mitgebrachten Messer in das Herz umzubringen. Da er umgehend gefunden wird, überlebt er. Deutlich ist jedoch die extrem kurze Zeit zwischen Entschluss und Umsetzung, was für einen hohen Handlungsdruck spricht.

(leicht gekürzt, nach Wolfersdorf 2000: 27)

Eigene Kommentierung:

Der „hohe Handlungsdruck“ und die „schnelle Umsetzung“, noch dazu im stationären Rahmen, zeigen, dass Depressionen dann uneinschätzbar hinsichtlich ihres Verlaufs werden, wenn Wahnvorstellungen dazu kommen. Im Kapitel 1.4. hatten wir bereits auf die endogene Depression hingewiesen.

Fallbeispiel 5

Im Krankenhaus wird mir Herr F., ein 72jähriger, ehemaliger Automechaniker, gemeldet. Am Telefon erfahre ich, dass Herr F. mit einer Tablettenvergiftung aufgenommen worden war. Jetzt sei er wach und klage über diffuse Schmerzen, eine organische Ursache sei aber ausgeschlossen. Als Grund für seine Tabletteneinnahme habe er die Schmerzen angegeben. Zum Gespräch erscheint ein altersentsprechend, aber leidend und hager aussehender Mann mit gebeugtem Gang. Er sagt mir, dass ich ihm bestimmt nicht helfen könne. Seine Schmerzen habe er nicht mehr ertragen und deshalb die Medikamente genommen. Das werde nicht wieder vorkommen. Ich erfahre, dass vor drei Jahren seine Frau starb, danach sei alles nur ‚Kampf‘ gewesen. Herr F. lebt im Haus seiner Tochter und deren Familie. Beiläufig sagt er, dass der Schwiegersohn am selben Tag ein neues Auto gekauft habe, ‚völlig unvernünftig‘. Er habe nicht auf seinen Rat als Autofachmann gehört, es habe alles keinen Sinn

mehr. Der Patient verkneift sich bitter die Tränen. Ich habe den Eindruck, den aktuell kränkenden Anlass, der das Fass zum Über-laufen gebracht hat, gefunden zu haben.

Am nächsten Tag erfahre ich, dass sich Herrn F.'s Tochter an den Krankenhaussozialdienst gewandt hat, mit der Bitte, einen Heimplatz zu suchen. Ein Zusammenleben sei wegen der dauernden Klagen ihres Vaters seit dem Tod der Mutter für die Familie nicht mehr erträglich. Sie habe darüber aber noch nicht mit ihm geredet.

In meinen Gesprächen mit Herrn F. wurde deutlich, dass er sich nach dem Tode seiner Frau in der Familie wertlos fühlte. Besonders kränkend war der Kauf eines Autotyps gegen seine Empfehlung am Tag der Tabletteneinnahme. Das Gefühl von Wertlosigkeit im Zusammenhang mit Abgeschobenwerden war für ihn die Wiederholung eines Traumas in der frühen Kindheit, als die Mutter ihn, dreieinhalbjährig, in ein Heim gegeben hatte. Jetzt hatte die Familie dasselbe vor, die Bedeutung dieser Kränkung wurde verständlich.

(leicht gekürzt, nach *Teising 1992: 159-161*)

Eigene Kommentierung:

Auch in diesem Fall wird eine kurz zuvor erlebte Kränkung als Auslöser für den Suizidversuch geschildert. Diese Kränkung hat allerdings ihre nachweisbare Vorgeschichte: der Patient fühlt sich seit dem Tod seiner Frau alleine, gerade noch geduldet, und nicht mehr wertgeschätzt. Die angegebenen, vor dem Suizid wahrscheinlich bereits mehrfach geäußerten, diffusen Schmerzen waren mit großer Wahrscheinlichkeit Ausdruck einer subsyndromalen, larvierten Depression, die offenbar auch der Hausarzt nicht erkannte. Die Spannungen in der Hausgemeinschaft hat der Patient vor seinen Suizidversuch offenbar nicht mehr ausgehalten, und auf seine Weise zu lösen versucht. Interessant ist auch hier die Erinnerung des Patienten an ein Kindheitstrauma, das nach fast 70 Jahren (!) wieder ins Bewusstsein des Patienten gerät.

Fallbeispiel 6

Martha K. war 82 Jahre alt, als sie sich mit einer Überdosis Tabletten das Leben nahm. Ihre Tochter kann es auch heute, ein Jahr danach, immer noch nicht begreifen. Sie wohnt einige hundert Kilometer entfernt und hat nach eigenen Angaben trotz wöchentlicher Telefonate von den Selbsttötungsabsichten nichts bemerkt. In ihrem Abschiedsbrief begründete die alte Dame ihren Schritt: „Ich werde Tag für Tag hinfalliger, kann mich nur noch unter Schmerzen bewegen. Ich will niemandem zur Last fallen.“ Auch bei Martha K. gab es Vorzeichen. Die Seniorin, die früher sehr kontaktfreudig gewesen war, zog sich immer mehr zurück, kapselte sich ab, verließ kaum mehr ihre Wohnung. Obwohl sie ihren Hausarzt dreimal vor ihrem Tod aufsuchte, erkannte auch dieser nicht die Not der alten Frau. Martha K. hatte mit niemandem über ihre Ängste und Sorgen gesprochen und niemand hatte ihre Verzweiflung bemerkt, bis es zu spät war.

(aus: DIE RHEINPFALZ, Ludwigshafen, 20.11.2004)

Eigene Kommentierung:

Deutlich wird die Vereinsamung der Schmerzpatientin, die zwar einen guten telefonischen Kontakt zur Tochter hat; ihre wachsende Lebensmüdigkeit wird auf die Entfernung hin von der Tochter aber nicht registriert. Auch der Hausarzt hat den depressiven Rückzug seiner Patientin nicht bemerkt – und vermutlich auch nicht behandelt. Frau K. will niemandem zur Last fallen; durch ihre körperliche Immobilität fühlt sie sich zunehmend hilflos und isoliert. Ihre offensichtliche Angst vor Pflegebedürftigkeit behält sie für sich.

2.7. *Die Klostermann-Studie*

„So ist kein Leben – Suizide alter und hochaltriger Menschen“ lautet der Titel einer Studie von *Klostermann & Schneider*, die im Sommer und Herbst 2004 für einiges Aufsehen sorgte. Das ARD-Magazin *REPORT MÜNCHEN* berichtete darüber, das Nachrichtenmagazin *FOCUS* und auch die örtliche *RHEINPFALZ* (daraus stammt auch Fallbeispiel 6 im Kapitel 2.6.).

Klostermann & Schneider untersuchten von 1995 bis 2003 insgesamt 130 Suizide älterer Menschen ab 65 Jahren, die im Rechtsmedizinischen Institut der Charite Berlin obduziert wurden, und gingen vor allem auch möglichen Gründen und Lebensumständen vor dem Suizid nach. Die Studie erfasste 60 Männer und 70 Frauen.

Die Ergebnisse der Studie :

1. Anteil der Suizidenten 80 Jahre und älter : 45%
2. Frauen und Männer verteilten sich gleichmäßig in den Altersgruppen
3. Bei Männern dominierte Schusswaffengebrauch und Erhängen
4. Bei Frauen dominierten Intoxikationen
5. Nur 2 Suizidenten nahmen Antidepressiva (1,5% der Stichprobe)
6. Anteil der Alleinlebenden : 64%
7. Vorheriger regelmäßiger Kontakt mit Angehörigen : 63%
8. Durchführung des Suizids zuhause : 62%
9. Durchführung des Suizids im Krankenhaus / Pflegeheim :8%

Klostermann & Schneider beschreiben folgende typischen Beobachtungen: „Dabei zeigt sich, dass Männer weitaus früher einen Suizid in Erwägung ziehen als dies bei Frauen der Fall zu sein scheint. Beiden Gruppen ist gemeinsam, dass die Entscheidung für den Suizid aus einer aus ihrer Sicht nicht mehr zu bewältigenden Hilflosigkeit resultiert. ... Die aus dem Datenmaterial gewonnenen Angaben zu Vorerkrankungen und sozialen Belastungen lassen uns schwer erkennen, dass die Problematik Depression im Alter unterschätzt wird. ... Keinem der behandelnden Ärzte und auch Therapeuten war eine suizidale Absicht bekannt, geschweige denn, war sie ein Thema der Behandlung. ... Hinsichtlich der sozialen Vorbelastungen wurde (in den Abschiedsbriefen) der

vorangegangene Tod des Ehepartners oder Lebensgefährten, neben der Erkrankung des Partners, am häufigsten benannt. Die konkrete Sorge in ein Heim eingewiesen, entmündigt oder ein Pflegefall zu werden, löst bei den Frauen weitaus mehr Ängste aus als dies bei den Männern zu beobachten war. ... Insgesamt waren aber in beiden Gruppen die Schwere ihrer Erkrankung sowie chronische Schmerzen und die Aussichtslosigkeit noch eine Verbesserung herbeizuführen, die wesentlichen Motive. Ebenso offensichtlich ist, dass dieser Personenkreis lange vor dem Suizid aufgrund der kritischen Lebensumstände unter dauerhaften Stressbelastungen gestanden haben muss.“

Diese Studie war deswegen wichtig, da sie erstmals bundesweit und öffentlichkeitswirksam auf die seelischen Nöte und das Suizidpotenzial älterer Menschen hinwies. Die Verfasser der Studie wollten damit ein Tabu brechen, und zum sensibleren Umgang mit älteren Menschen im Gesundheitswesen und in der Altenhilfe auffordern. Auch wenn die Auswahl der Stichprobe nicht im Einzelnen belegt wurde, spiegeln die Ergebnisse den Trend aus anderen Untersuchungen der Fachliteratur wieder.

2.8. Interventionsmöglichkeiten und Behandlung

„Reisende soll man nicht aufhalten“ – so sagt uns eine Redewendung, die übertragen auf suizidale Menschen dazu verführen könnte, nichts zu tun, weil man eh nichts tun kann. Bleiben dem Helfer, dem Angehörigen, der Pflegekraft also nur Resignation, Hoffnungslosigkeit und Passivität, wenn entsprechende Signale eines älteren Menschen vorhanden sind?

Zwar ist nach *Wächtler (2003: 451-452)* „der Stand unseres Wissens über präventive Strategien noch gering“; unstrittig ist jedoch, zunächst die depressiven Störungen beim älteren Menschen zu behandeln:

„Vorrangig muss verhindert werden, dass ältere Menschen überhaupt in eine suizidale Krise geraten und mit einer Suizidhandlung reagieren. Denn die Wahrscheinlichkeit, an einer Suizidhandlung zu sterben, ist im höheren Alter deutlich größer als bei Jüngeren. Präventive Strategien zielen darauf, Risikofaktoren zu minimieren“ (*Wächtler 2003*)

Man kann davon ausgehen, dass mehr als zwei Drittel aller geretteten Menschen, die einen Suizidversuch überlebt haben, „letztendlich froh über das Überleben ihrer suizidalen Handlung sind“ (*Wolfersdorf 2000: 15*). Auch wenn diese Zahl bei alten Menschen kleiner sein mag – was im Übrigen noch zu beweisen wäre – ist Suizidprävention sinnvoll, und müsste Teil der ärztlichen und pflegerischen Ausbildung sein. *Erlemeier (2002: 265)* schreibt dazu:

„In der Prävention und Krisenhilfe bei suizidaler Gefährdung geht es zuerst um ein Gesprächs-, Hilfs- und Beziehungsangebot, das vom Krisenhelfer kommunikative Fähigkeiten wie Zuhören, Sich-Zeit-Nehmen und Nachfragen-Können erfordert. Ferner muss er Verständnis vermitteln, Gefühle zurückhaltend äußern wie evozieren und Hoffnung geben können. Unter dem Aspekt

der Diagnostik muss der Krisenhelfer herausfinden, um welche Krise es sich handelt, welche Symptomatik damit einhergeht und welche Ressourcen zur Bearbeitung der Krise zur Verfügung stehen. Ferner dürfen Anzeichen einer psychischen Erkrankung, insbesondere depressive Symptome, nicht übersehen werden. Auch körperliche Beschwerden und Erkrankungen wie Krankheitsängste sind im Auge zu behalten. Ganz besondere Aufmerksamkeit muss die Suizidalität erfahren. Es geht um den Grad der suizidalen Gefährdung, der sich beispielsweise an Suizidideen, Suiziderwägungen und Suizidabsichten, früheren Suizidversuchen sowie konkreten Suizidplanungen ablesen lässt.“

Vier Bereiche der Intervention werden dargestellt: die sensible Wachsamkeit, das offene Gespräch, die ambulante ärztliche Behandlung und die stationäre Behandlung.

„Sensible Wachsamkeit“

Es geht darum, zunächst die Möglichkeiten anzusprechen, die alle im beruflichen, wie auch im privat-familiären Umfeld haben, um Suizidalität rechtzeitig zu erkennen. Statt der Redewendung „Reisende soll man nicht aufhalten“ sollte gelten: „Niemand darf in unserem Beisein in solche Not geraten, dass er glaubt, sich umbringen zu müssen“.

Wenn hier die persönliche Wachsamkeit im Umgang mit alten Menschen eingefordert wird, so geschieht es deswegen, weil diese ihre Probleme eben nicht zum Therapeuten „tragen“ oder die Telefonseelsorge einschalten. Hier gilt dasselbe, was schon zum Thema Depressionen und zum notwendigen geduldigen Erfragen und Hinterfragen der geschilderten Symptome gesagt wurde.

Auch *Erlemeier (2002: 233ff)*, der 48 ältere Menschen prospektiv befragt hatte, an wen sie sich am ehesten in einer Lebenskrise wenden würden, fand die gängige These bestätigt, „dass in tief greifenden Lebenskrisen, die sogar den Gedanken an Selbsttötung nahe legen, von den Befragten an erster Stelle Kontaktpartner des primären sozialen Netzes, sprich enge Familienangehörige sowie Freunde ins Vertrauen und zu Rate gezogen werden, weniger dagegen professionelle Ansprechpartner wie niedergelassene Ärzte, Berater und Psychotherapeuten, Geistliche oder Mitarbeiter von Krisenhilfeeinrichtungen“.

„Das offene Gespräch“

Wenn suizidale Gedanken erkennbar werden, sollte keine Scheu bestehen, mit dem älteren Menschen darüber zu reden – und zwar vorurteils- und wertfrei im *Roger'schen* Sinn. Die Vorstellung, damit erst recht suizidale Tendenzen zu verstärken, ist falsch und unbegründet. *Wächtler (2003: 452)* dazu: „Richtig ist, dass die überwiegende Zahl der Suizidenten die Suizidhandlung direkt oder indirekt ankündigt und dass gerade das offene Ansprechen suizidaler Gedanken zum Abklingen der Suizidalität beiträgt.“

Das offene und problembezogene Gespräch, in dem Hilfsmöglichkeiten mit dem Betroffenen zusammen gesucht werden, lässt auch wieder andere (als nur

suizidale) Lösungen möglich erscheinen, und zeigt dem Betroffenen, dass er ernst genommen und nicht alleine gelassen wird. Dieses Gespräch sollte unbedingt auch auf die Einschaltung des Hausarztes oder auch, bei akuter Suizidalität, eines Facharztes oder einer Klinik hinwirken, da auch professionelle Helfer bei Suizidgefahr sehr gefordert sind, und persönlich schwer belastet werden können: Gespräche mit suizidalen Menschen gehören mit zur schwierigsten Materie in der sozialen Arbeit, da immer die eigene Unsicherheit mitschwingt, wie auf den Patienten „richtig“ einzugehen und ihm einfühlsam beizustehen ist.

Wichtig ist es, rechtzeitig Fachleute hinzuziehen. Zur therapeutischen Grundhaltung kommentiert *Wächtler (2003: 453)*: „Interessiert und geduldig zuhören; nach speziellen Problemen sowie nach Einsamkeit, Todesängsten und Suizidgedanken fragen; bemüht sein, hinter dem aktuellen Anlass die eigentliche Ursache zu verstehen; auf unpassende Ratschläge und Appelle wie „reißen Sie sich zusammen“ verzichten; gemeinsam Bilanz ziehen über das bisherige Leben und die Frage nach dem Lebenssinn stellen; eine verlässliche, u. U. lebenslange Beziehung anbieten; in die Krisenintervention bei depressiven und suizidgefährdeten älteren Menschen die nächsten Angehörigen einbeziehen.“

Wolfersdorf (2000: 121) warnt deutlich davor, suizidale Äußerungen nicht ernst genug, oder im Wiederholungsfall, nicht mehr ernst genug zu nehmen: „Möglicherweise ist dies, wenn der suizidale Gesprächspartner eben nicht auf einen zugewandten und wohlmeinenden, interessierten Gesprächspartner stößt, die letzte Möglichkeit und die letzte Situation, in der jemand über seine Suizidalität spricht.“

Im Folgenden möchten wir einen Fragebogen nach *Pöldinger (1982: 13-23)* vorstellen, mit dem suizidalen Denken erfasst werden kann:

Tabelle 5: Fragebogen zum suizidalen Denken

1. Haben Sie in letzter Zeit daran denken müssen, sich das Leben zu nehmen?
2. Häufig ?
3. Haben Sie auch daran denken müssen, ohne es zu wollen? Haben sich Selbstmordgedanken aufgedrängt?
4. Haben Sie konkrete Ideen, wie Sie es machen würden?
5. Haben Sie Vorbereitungen getroffen?
6. Haben Sie schon zu jemandem über Ihre Selbstmordabsichten gesprochen?
7. Haben Sie einmal einen Selbstmordversuch unternommen?
8. Hat sich in Ihrer Familie oder in Ihrem Freundes- und Bekanntenkreis schon jemand das Leben genommen?
9. Halten Sie Ihre Situation für aussichts- und hoffnungslos?
10. Fällt es Ihnen schwer, an etwas anderes als an Ihre Probleme zu denken?
11. Haben Sie in letzter Zeit weniger Kontakt zu Ihren Verwandten, Bekannten und Freunden?
12. Haben Sie noch Interesse daran, was in Ihrer Umgebung vorgeht? Interessieren Sie noch Ihre Hobbies?
13. Haben Sie jemanden, mit dem Sie offen und vertraulich über Ihre Probleme sprechen können?
14. Wohnen Sie zusammen mit Familienmitgliedern oder Bekannten?
15. Fühlen Sie sich unter starken familiären Verpflichtungen stehend?
16. Fühlen Sie sich in einer religiösen oder weltanschaulichen Gemeinschaft verwurzelt?
Die Anzahl der Ja-Antworten von 1-11 und der Nein-Antworten von 12-16 weist auf ein erhöhtes Suizidrisiko hin.

Quelle: Pöldinger (1982: 13-23).

Die ärztliche Behandlung

Auch wenn ambulante Krisendienste zur Verfügung stehen, sollte bei älteren Menschen immer der bisher zuständige Behandler, meist ist es der Hausarzt, hinzugezogen werden. Nur er kann letztlich entscheiden, ob die Behandlung ambulant weitergeführt werden kann, oder ob eine Einweisung notwendig wird. Da die meisten Suizidenten initial unter Depressionen leiden, ist die medikamentöse Einstellung zu klären.

Auch aus der Sicht älterer Menschen ist die Einschaltung des Hausarztes ein niedrigschwelliges Hilfsangebot. Alle Beteiligten gewinnen dadurch Zeit, und, falls die Beziehung „Hausarzt-Patient“ stimmt, wird auch vorübergehend eine deeskalierende, beruhigende Wirkung im Sinne des Patienten erreicht.

Wächtler (2003: 454) schreibt dazu: „Der Hausarzt sollte auch in Zukunft Schaltstelle der Versorgung psychisch kranker alter Menschen bleiben. Von Vorteil ist, dass er Hausbesuche macht und körperliche Gesundheitsstörungen ebenso wie soziale Lebensumstände berücksichtigt. Auch sucht die Mehrzahl älterer Suizidaler den Hausarzt in den Wochen vor dem Suizid auf. Dadurch bieten sich dem Hausarzt Eingriffsmöglichkeiten. Akute Suizidgefahr sollte aber immer zur Einweisung in die Klinik führen“.

Es ist zu vermuten, dass sich ältere Menschen wahrscheinlich im Notfall eher auf den Ratschlag ihres Arztes verlassen, den sie schon lange kennen, als auf Empfehlungen einer Beratungsstelle oder eines Gesundheitsamtes. Mitarbeiter von ambulanten Pflegediensten können hier eine sehr sinnvolle Mittlerrolle zwischen Arzt und Patienten einnehmen, da sie persönlich nachhause kommen, und die Lebensumstände und Krisensituationen ihrer Patienten meist gut einschätzen können (s. dazu auch Kapitel 3.2.).

Die stationäre psychiatrische Behandlung

Auch bei der stationären, meist zunächst geschlossenen Unterbringung des suizidalen älteren Patienten in einem Psychiatrischen Krankenhaus ist es zunächst wichtig, das Gespräch anzubieten und die möglichen Ursachen zu suchen, bevor Medikamente verordnet werden (*Wächtler 2003: 452*). Die stationäre Unterbringung senkt durch den auf Hilfe ausgerichteten, pflegerischen Rahmen das Suizidrisiko des älteren Patienten; er fühlt sich wieder sicherer, umsorgt und beschützt, und beruhigt sich zunächst. Suizide älterer Patienten in der Klinik sind deswegen deutlich seltener als solche von Patienten jüngeren Alters (*Erlemeier 2002: 53-54*). Das gilt allerdings nicht für die wahnhaften Depressionen: Kapitel 2.6.: 33, Fallbeispiel 4.

Falls vorhanden, sollten suizidale Patienten auf speziellen gerontopsychiatrischen Stationen behandelt werden. Der Behandlungsort, ob Allgemeinkrankenhaus, Psychiatrisches Krankenhaus oder eine spezielle offene oder geschlossene Fachabteilung, wird vom Einzelfall der Eigengefährdung, einer akut notwendigen somatischen Erstversorgung, und nicht zuletzt von den örtlich verfügbaren Einrichtungen abhängen. *Wolfersdorf (1997b)* zur Behandlung:

„Bei mittelschwerer und schwerer Depression und bei manifester Suizidalität sollten die psychosozialen Maßnahmen immer mit der Verordnung von Psychopharmaka kombiniert werden. Antidepressiva zielen dabei auf eine Besserung der depressiven Stimmungslage, speziell der Minderung des Gefühls der Hoffnungslosigkeit, der kognitiven Einengung, der inneren Unruhe und der Schlafstörung; eine Stimmungsaufhellung soll gleichzeitig eine Abnahme von Suizidgedanken und Suizidabsichten bewirken.“

Um zur Ausgangsfrage zurückzukehren: „Reisende“ sind durchaus aufzuhalten, unser Gesundheitssystem stellt auch suizidalen älteren Menschen ambulante und stationäre Hilfen zur Verfügung. Ob diese überall flächendeckend

und vor allem schnell erreichbar sind, ob in Zeiten der Kostensenkung auch in den Krankenhäusern noch lange genug behandelt und nicht zu schnell wieder entlassen wird, ob Pflegekräfte im ambulanten und stationären Bereich wirklich die erforderlichen zeitlichen Freiräume für Gespräche haben, ist eine andere Frage.

2.9. *Protektive Faktoren*

Unter protektiven Faktoren werden Einflussgrößen verstanden, die sich „beschützend“ und im hier beschriebenen Sinn positiv auf die allgemeine Lebensweise und vor allem auf den Umgang mit schwierigen Lebenssituationen auswirken.

Diese Faktoren können lebensgeschichtlich verankert sein, sie können sich aus der Zugehörigkeit zu einer Gruppe, zur eigenen Familie oder zum Lebenspartner ergeben, und sie können sogar teilweise erlernt und trainiert werden, um nachlassende kognitive Fähigkeiten zu kompensieren.

Um es vorwegzunehmen: „finanzielle Unabhängigkeit“ und „religiöse Bindung“ sind nicht die Hauptfaktoren zur Suizidminderung im Alter. Auch wenn beispielsweise die Zugehörigkeit zu einer Kirchengemeinde durchaus protektiv wirken kann, weil daraus auf eine mögliche soziale Einbindung zu schließen ist, so sind religiöse ältere Menschen nicht grundsätzlich ungefährdet.

Faust (2004) hatte bereits in seinem Mannheimer Vortrag darauf hingewiesen, dass depressive ältere Menschen auch ihren Glauben verlieren können. Die Vermutung, ältere Menschen würden eine besondere, religiös bedingte Hemmung gegenüber dem Suizid zeigen, ist also zumindest wissenschaftlich nicht abgesichert. *Erlemeier (2002: 83-84)* verweist auf eine WHO-Studie über Suizidversuche in Europa, „die keinen signifikanten Einfluss religiöser Überzeugungen auf das Suizidversuchsverhalten“ herausfand, wobei die Studie allerdings keine Altersunterscheidungen vornahm. *Wolfersdorf (2000: 36, 126)* weist auch darauf hin, dass die Bindungswirkung der großen Religionen verloren gegangen ist: der Patient fühle sich in der schweren Depression auch „von Gott verlassen“.

Was sind protektive Faktoren, die ältere Menschen vor suizidalen Gedanken schützen können? Aus zahlreichen empirischen Studien zum „gesunden Altern“ wurden folgende Faktoren herausgefiltert.

Tabelle 6: *Protektive Faktoren und Risikofaktoren*

Protektive Faktoren	Risikofaktoren
Einbindung in Familie oder Freundeskreis	Alleinlebend mit wenig Kontakten
emotional befriedigende Beziehungen	konfliktbeladene Beziehungen
verheiratet	verwitwet (auch ledig, geschieden)
hohe „Daseinskompetenz“	Unselbständigkeit
Extraversion	Introversion
Ansprüche senken können	an Ansprüchen festhalten
Fähigkeit zum Relativieren	unflexibles Denken
Engagement (auch ehrenamtlich)	Disengagement, Rückzug
Krisen wurden früher schon gut bewältigt	Krisen scheinen unlösbar
Ausgeglichenheit, Zufriedenheit	Unzufriedenheit, Selbstaufgabe
Grundvertrauen, Optimismus	Misstrauen, Pessimismus
Hobbies, Interesse an Neuem	Interessen- und Hobbyaufgabe
bewusste und gesunde Lebensweise	Sucht, Vernachlässigung des Körpers
stabile psychische Gesundheit	frühere depressive Episoden
stabiler körperlicher Zustand	plötzliche Krankheit, vorzeitiges Altern
gute ärztliche Anbindung	Arztkontakte selten, non-compliant

In der linken Spalte sind viele Fähigkeiten und Einstellungen, aber auch günstige Lebensumstände genannt, die sich allgemein mit „Gesundem Altern“ beschreiben lassen. *Hautzinger (1998: 14)* schreibt über diese protektiven Faktoren: „Unter den sozialen Faktoren sind der Familienstand und das Vorhandensein bzw. Fehlen einer vertrauensvollen persönlichen Beziehung als Risiko- bzw. Protektionsfaktoren bei unipolaren Depressionen gesichert. Als wichtige protektive Faktoren erwiesen sich positive Sozialbeziehungen, aber auch der Wohn- und berufliche Bereich. Verheiratete Personen, Personen mit höherer Bildung und beruflicher, sicherer Anstellung sowie ein Wohn- und Lebensraum in eher ländlich-kleinstädtischer Umgebung hatten in der amerikanischen ‚*Epidemiological Catchment Area Study*‘ die niedrigsten Depressionsraten.“

Auch die bereits erwähnte Duderstadt-Studie von *Welz (1997: 174ff)* kommt zu dem eindeutigen Ergebnis, dass „die Bedeutung sozialer Kontakte im Alter mit Recht hervorgehoben werden (muss)“. *Welz* konnte aufzeigen, dass zwei von drei der älteren Befragten, die sozial extrem isoliert waren (mit maximal 20 Außenkontakten im Monat), als depressiv eingestuft wurden, während es unter der Gruppe der Extravertierten (mit mehr als 120 Kontakten im Monat)

nur 13% waren. *Welz* fragte auch nach „lebensverändernden negativen Ereignissen“ der letzten sechs Monate: auch hier blieb die Gruppe mit guten Außenkontakten gegen Depressionen (im Mittelwert) erstaunlich resistent, selbst wenn zwei und mehr dieser Ereignisse verkraftet werden mussten, während die Mehrzahl der isoliert Lebenden schon bei (nur) einem unerwarteten Ereignis den von *Welz* gesetzten Grenzwert für Depression sehr deutlich übertrafen.

Welz schreibt dazu: „die ‚*life-event-Forschung*‘ konnte zeigen, dass noch bis zu sechs Monate nach dem Auftreten lebensverändernder Ereignisse psychische Störungen, Depressionen und Suizide vermehrt auftreten.....Soziale Kontakte können ein wichtiger Schutzfaktor gegen Depression und eine wirkungsvolle Unterstützung bei der Bewältigung lebensverändernder Ereignisse darstellen“.

2.10. Suizide in Pflegeheimen

Erlemeier hatte bereits im Jahr 1992 einen kurzen Beitrag zu diesem Thema veröffentlicht, und sich mangels deutscher Vergleichszahlen auf eine amerikanische Untersuchung von 1991 durch *Osgood et al.* bezogen. Neuere Ergebnisse oder Vergleichszahlen konnte *Erlemeier* auch 2002 nicht vorlegen.

Es gibt in den Einrichtungen der stationären Altenpflege verständlicherweise eine große Reserviertheit, sich zu diesem schwierigen Thema zu äußern, und dieses angemessen, objektiv und verständlich einer mehrheitlich heimkritisch eingestellten Öffentlichkeit zu vermitteln.

Eine erhöhte Suizidrate gibt es nach *Teising (1992: 106)* in den deutschen Pflegeheimen jedenfalls nicht, allenfalls eine ausgeprägtere Lebensmüdigkeit der Bewohner gegenüber der vergleichbaren Altersbevölkerung im häuslichen Umfeld. Fast jeder zweite Heimbewohner in der von *Teising (1992: 106ff)* genannten Untersuchung in Hamburger Pflegeheimen hatte bereits einmal daran gedacht, nicht mehr leben zu wollen, 13% äußerten auch direkte Suizidgedanken. Die Todeswünsche standen dabei in unmittelbarem Zusammenhang mit steigendem Alter und dem Vorliegen schwerer Erkrankungen. Trotzdem war die Suizidrate insgesamt eher niedriger als die der außerhalb der Heime lebenden Bevölkerung.

Osgood & Brant (1991) befragten 463 Pflegeheimleiter in verschiedenen US-Bundesstaaten. Jeder fünfte Heimleiter berichtete über mindestens einen suizidalen Vorfall. Suizidale Handlungen traten häufiger in größeren Einrichtungen und in Verbindung mit hoher Personalfuktuation auf. Wurden die Verantwortlichen nochmals befragt, wurden noch mehr als die bereits angegebenen Fälle genannt. 1% der Bewohner zeigten suizidale Verhaltensweisen; jeder fünfte davon starb daran, meist durch Verweigerung von Essen, Trinken oder Medikamenten. Die Rate bei den Männern war mehr als doppelt so hoch wie bei den Frauen.

Die Gründe für suizidales Verhalten beschreiben *Osgood & Brant* wie folgt:

„Die Auswertung von Fallbeispielen ergab, dass vor allem schwerwiegende Verluste, nicht nur von Nahestehenden, sondern auch körperliche Beschädigungen und andere Kränkungen der Würde und des Selbstwertgefühls dazu geführt haben, dass Heimbewohner ihr Leben zu beenden suchten, und zwar schon kurz nach der Heimaufnahme. Auf das Heimpersonal machten diese Bewohner oft einen sehr deprimierten Eindruck.“

Erlemeier (2002: 52) vermutet zurecht, dass in Pflegeheimen eher indirektes suizidales Verhalten auftritt, da direkte Suizidhandlungen für die oft immobilen Bewohner und Patienten nicht mehr möglich sind, und entsprechendes Verhalten meist schon im Vorfeld bemerkt und unterbunden werden kann.

Nach einer ebenfalls bei *Erlemeier (1992: 55)* zitierten Untersuchung an männlichen Pflegeheimbewohnern kommt indirektes selbstdestruktives Verhalten gehäuft bei non-complianten, unzufriedenen und kognitiv eingeschränkten Bewohnern vor; diejenigen jedoch, die eine Rückkehr nachhause erwarten durften, zeigten dieses Verhalten kaum.

Gerade beim Thema „Heime“ ist eine besondere Sensibilität gefordert, um hier nicht die vorhandenen Vorurteile zu verstärken. Wenn in Heimen Bewohner aus eigenem Antrieb eindeutig und immer wieder Nahrung oder Flüssigkeit verweigern („stille Suizide“), so gibt es hier, auch unter günstigsten Bedingungen, kaum noch Eingriffsmöglichkeiten.

2.11. *Über Euthanasie, Sterbehilfe und Suizid*

Eine Arbeit über die Suizidalität älterer Menschen wäre unvollständig, ohne die Erwähnung von Euthanasie und Sterbehilfe. Die grundsätzliche Diskussion dieses Themas, auch seiner rechtlichen Seite, werde ich hier nicht vornehmen.

Worum geht es? Die Suizidhäufigkeit im Alter wird ungern angesprochen. Suizide werden auch deswegen durchgeführt, weil körperlich bereits vorhandene, oder sich zu verschlimmern drohende Erkrankungen, hier vor allem Krebs und chronische Schmerzerkrankungen, dem Patienten jede Hoffnung auf Besserung nehmen. Dasselbe gilt für Erkrankungen, die mit Immobilität und Abhängigkeit von anderen Menschen verbunden sind.

Wenn unheilbar kranke Menschen, die das Bewusstsein noch nicht verloren haben und sich klar äußern können, nach Sterbehilfe verlangen, handeln sie also aus denselben oder ähnlichen Motiven. Auch für diese Patienten würde ich den Begriff des Suizids anwenden.

Allerdings wird im Zusammenhang mit Euthanasie in der Regel von schwer Kranken gesprochen, die sich nicht mehr äußern können (z. B. Komapatienten), und für die Angehörige oder Ärzte die Entscheidung, das Leben zu beenden, treffen müssen.

Es gibt also Verbindungen beider Themen und es gibt Unterschiede. Zwei davon möchten wir hier vorausschicken: Zum einen werden die Alterssuizide, die Thema dieser Arbeit waren, alleine von einem alten Menschen durchge-

führt (die Betonung liegt auf „ganz alleine“), während aktive wie passive Sterbehilfe immer auf Handlungen Dritter, auf die Absprache mit ihnen und ihre Mithilfe angewiesen sind. Zum anderen werden suizidale Handlungen auch aufgrund der damit verbundenen Plötzlichkeit, und auch oft wegen ihrer Gewalt und Brutalität gegen sich selbst gefürchtet und tabuisiert, während man durch Sterbehilfe und Euthanasie (Bedeutung aus dem Griechischen: „schöner, leichter Tod“) ein friedliches, würdevolles und einvernehmliches Lebensende beschreibt und erhofft.

Wächtler (2003: 449) stellt dazu folgende wichtige Frage: „Suizide haben die Menschen in ihrer Geschichte von Anfang an begleitet. Die Bewertung speziell des Alterssuizids hängt aber wesentlich von der jeweiligen Einstellung zum Alter ab. ... Die Zunahme der Alterspopulation lässt einen weiteren Anstieg der Zahl der Suizide älterer Menschen annehmen. Müssen wir uns darüber hinaus auch auf eine Zunahme ‚altruistischer‘ Suizide älterer Menschen einstellen, wenn älteren Menschen Euthanasie (‚gutes Sterben‘) suggeriert wird, aber Entlastung und Kostenersparnis für die Gesellschaft gemeint sind?“

Einige wesentliche Elemente des Alterssuizids werden dargestellt, wobei vorausgesetzt wird, dass der Kranke, der Sterbehilfe wünscht, noch selbst entscheidungsfähig ist.

Tabelle 7: Elemente des Alterssuizids aus Sicht des Kranken und des Handelnden

	<i>Sterbehilfe (Euthanasie)</i>	<i>Suizid /-Suizidversuch</i>
	Aus Sicht des Kranken:	Aus Sicht des Handelnden:
Ziel	Ende körperlichen Leidens	Ende der Existenz
Körperl.Zustand	lebensbedrohlich, praefinal	gesund bis krank
Ausführung	mit Hilfe Anderer	allein
Bewusstsein	klar, überlegt	von überlegt bis „getrieben“
Methoden	Medikamentencocktail	differieren
Haltung	würdiges Lebensende	Selbstvernichtung
Auslöser	Angst vor Schmerzen	Kränkungen, Verzweiflung

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 8: *Elemente des Alterssuizids aus Sicht der Angehörigen bzw. des sozialen Umfelds*

Aus Sicht der Angehörigen bzw. des sozialen Umfelds		
Reaktion	Verständnis, Identifikation	Irritation, Fassungslosigkeit
Bewertung als	Friedliches Einschlafen	Gewalttat, Familiendrama
Auswirkungen	Bestätigung, Verklärung	Bleibende Traumatisierung

Quelle: Eigene Darstellung

Auch *Erlemeier (2002: 153)* schreibt zur Euthanasiedebatte kritisch: „Die neue Aktualität der Sterbehilfedebatte darf auch nicht abgekoppelt werden von den Rationalisierungsüberlegungen der Gesundheitsökonomien, die Behandlungsaufwand und Behandlungseffekte zunehmend unter das Kosten-Nutzen-Kalkül stellen. Könnte es nicht sein, dass Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid in Zukunft deshalb zunehmend mehr Akzeptanz und Normalität gewinnen, weil man sich dadurch einen Kosteneinspareffekt im Gesundheitshaushalt verspricht?“

Deswegen hat sich auch die *Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention* eindeutig gegen aktive Sterbehilfe und gegen Beihilfe zum Suizid ausgesprochen (*Erlemeier 2002: 161*). *Erlemeier (2000: 379ff)* fordert stattdessen: „Bei alten Menschen sind nicht nur dieselben strengen Maßstäbe an ärztliche Interventionen im Übergangsfeld vom Leben zum Tode anzulegen, sondern wie in anderen Altersgruppen auch präventive und therapeutische Anstrengungen zu unternehmen, Hilfen anzubieten und Maßnahmen zu ergreifen, um alten Menschen den Suizid als letzten Ausweg aus einer desolaten und hoffnungslos wahrgenommenen Lebenssituation zu ersparen.“

Im dritten und letzten Teil der Arbeit wird auf die Notwendigkeit der Suizidprävention nochmals deutlich eingegangen und ein Erfolgsmodell aus Nürnberg vorgestellt. Dass in der Altenpflege dazu auch entsprechender Schulungsbedarf vorhanden ist, wird in einer Projektarbeit gezeigt. Zum Schluss der Arbeit wird die Kritik an der fehlenden Suizidprävention in Deutschland zusammengefasst.

3. Bewertung, Erfahrungen, Ausblick

3.1. Über die Notwendigkeit von Suizidprävention

Wer sich für mehr Prävention in der Altenhilfe beim Thema Suizid stark macht, wird unweigerlich auf die bekannten populistischen Argumente stoßen, die bereits angedeutet wurden: „Reisende soll man nicht aufhalten“, „wer sich Undank ersparen will, kann doch beizeiten Schluss machen“, oder gar provozierend: „Alte, gebt den Löffel ab! – wie es der ehemalige Vorsitzende der *Jungen Liberalen, Jan Dittrich (lt. Bild-online-pressediens vom 5.3.05)* ausdrückte.

drückte.

Suizidprävention zielt, wenn sie durchgeführt und öffentlich wahrgenommen wird, immer auf junge Menschen. Im Rahmen der Suchtprophylaxe wird vom „Selbstmord auf Raten“ gesprochen. Jugendliche werden auf Beratungsstellen hingewiesen, bevor sie sich „etwas antun“. Diese Initiativen sind sinnvoll, aber wo werden „alte Menschen“ angesprochen?

Sind Plakataktionen denkbar, die sich speziell an Ältere richten, etwa mit dem Inhalt: „Wenn Sie alleine sind, und Sie Schluss machen wollen, sprechen Sie mit uns!“ – oder „Ältere Männer sind gefährdet – Tun Sie sich nichts an – Wir helfen Ihnen!“ – oder: „Depressionen können tödlich sein- besonders wenn Sie über 70 sind!“ Ich glaube, diese Aktionen würden für Empörung sorgen, weil sie ein Tabu berühren: unsere alten Menschen vereinsamen zunehmend – und wir alle sind nicht ganz unschuldig daran.

Die helfenden Berufe fordert *Erlemeier (2002: 164, 166)* zu einer Auseinandersetzung mit den vorhandenen, oft ebenfalls negativ besetzten eigenen „Altersbildern“ auf. „Mutmachen zum Weiterleben“ und „Entdecken lebenswerter Perspektiven“ sind für ihn zentrale Begriffe der Suizidprävention: „Für eine Minderheit von alten Menschen, die für sich keine andere Alternative mehr sieht, deren Problemlage sich so zugespitzt hat, dass keine Hilfe mehr erwartet wird, und sie kein Sinnangebot mehr erreicht, wird Suizidprävention wahrscheinlich ins Leere laufen. Das Weiterleben erscheint schrecklicher als der Tod. Für andere alte Menschen, es sollte die Mehrheit sein, macht Suizidprävention Sinn, wenn sie dadurch frühzeitig in einer sich krisenhaft zuspitzenden Lebenssituation erreicht werden“.

Suizidprävention für Ältere heißt deswegen auch, die Umstände zur Kenntnis zu nehmen, die nun einmal soziologisch (Großfamilien gibt es nicht mehr) eingetreten sind, die Unterbringung von Menschen in Pflegeheimen und die Gründe dafür zu enttabuisieren und sich für fehlende präventive Hilfsangebote für Ältere sozialpolitisch einzusetzen.

Deutschland hat nach *Erlemeier (2002: 167)* hier noch großen Nachholbedarf, wenn man es mit Finnland, Schweden oder Großbritannien vergleicht. Die deutsche Gesundheitspolitik ist von Reformdiskussionen auf allen Ebenen bestimmt, an einem nationalen Suizidpräventionsprogramm fehlt es dagegen.

Depressive ältere Menschen mit suizidaler Gefährdung werden, wenn sie eine gute vertrauensvolle Beziehung haben, ihren Hausarzt aufsuchen, um sich helfen zu lassen, ansonsten gibt es keine Angebote, die, außer der Telefonseelsorge, bekannt oder kurzfristig verfügbar sind. Darüber hinaus gehende örtliche Krisen- oder Beratungsdienste gibt es nur vereinzelt, die Situation ist unübersichtlich und die wenigen vorhandenen Dienste sind deutschlandweit unsystematisch, meist auf die Großstädte, verteilt.

Es ist aber nicht nur die Gesundheitspolitik gefragt, die zu wenig aufklärt. Auch eine politische Diskussion um die Lebensbedingungen der älteren Men-

schen findet jenseits der Hauptthemen „Pflegeversicherung“ und „Rente“ nicht statt. Die Lebensbedingungen älterer Menschen scheinen, solange sie nicht zum Kostenfaktor werden, niemanden zu interessieren. Diese Lebensbedingungen sind es aber, die für Perspektivlosigkeit sorgen, und damit auch suizidales Denken und Handeln beeinflussen können.

Viele Suizide älterer Menschen sind zu verhindern. Das ureigene Recht, sein Leben selbst zu beenden, wohnt uns allen inne, würde aber von uns selbst wohl auch nur dann reklamiert, wenn uns jegliche Perspektive und jeder Sinn, weiter zu leben, abhanden kommen würde. Im Zustand einer Depression, die jeden Fünften unter uns im Laufe des Lebens treffen wird, ist dies schnell möglich; suizidales Handeln wird dann zur gefährlichsten „Folgewirkung“ der Depression, besonders im Alter

Es gibt aber Grenzen der Suizidprävention. Es gibt keine Garantien, jeden damit zu erreichen. *Wolfersdorf (2000: 87)* bringt es auf den Punkt: „Jeder Suizid bleibt letztendlich auch ein Geheimnis, das aufgrund der Endgültigkeit des Abschlusses des Lebens nur unzureichend erfragt, erkannt oder auch beforscht werden kann. Eine omnipotente Suizidprävention kann und wird es nie geben. ... Wenn suizidales Denken ureigene menschliche Fähigkeit ist und zum menschlichen Dasein gehört, suizidales Handeln dagegen vorwiegend in Krisensituationen und im Kontext von psychischer Erkrankung sich findet, dann werden suizidpräventive Maßnahmen zur therapeutischen Verpflichtung aller im medizinisch-psychozialen Bereich Tätigen und zum Angebot für alle Menschen in Not.“

Diese „Verpflichtung“ sollte erweitert werden: so wie es für jeden von uns wohl schon Gründe gegeben haben mag, aufzugeben oder sich aufzugeben, gibt es auch immer wieder Gründe, weiterzuleben. Dem älteren Menschen kann dabei geholfen werden, dem verlorenen Lebenssinn nachzuspüren. Er kann dann versuchen, gemeinsam mit seinem Gegenüber in einem entsprechenden Setting die Gründe herausfinden, für die ein Weiterleben sich – trotzdem – lohnt.

3.2. Das Nürnberger Bündnis gegen Depression

Eine Stadt in Deutschland hat sich auf bisher einmalige Weise des Themas angenommen: Nürnberg mit der bundesweit beachteten Aufklärungskampagne „Nürnberger Bündnis gegen Depression“. Das Programm startete im Jahre 2000 zunächst mit der Datenerfassung, um die Ergebnisse später vergleichen zu können.

Betreut und beraten wurde das Programm von *Prof. Dr. Ulrich Hegerl*, einem anerkannten Depressionsforscher, der auch hier bereits zitiert wurde. Die Finanzierung erfolgte im Rahmen des bundesweiten Großforschungsprojekts „Kompetenznetz Depression und Suizidalität“ im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung. Eine aktive Unerstützung erfolgte durch

den Oberbürgermeister der Stadt, die Landtagsabgeordnete Renate Schmidt und den bayerischen Innenminister Günter Beckstein.

Das Bündnis setzt sich zusammen aus Nürnberger Ärzten und Beratungsstellen, dem Gesundheitsamt Nürnberg, dem Klinikum Nürnberg-Nord sowie freien Trägern und Selbsthilfegruppen. Es arbeitet inzwischen als eingetragener gemeinnütziger Verein, eine Koordinatorin ist als Ansprechpartnerin in der Psychiatrischen Klinik am Klinikum Nord angestellt. Ziel war und ist es, die Versorgung der depressiv erkrankten Menschen in Nürnberg zu verbessern, und die Suizidrate, vor allem bei den älteren Männern, zu senken.

Die wichtigsten Ansatzpunkte dabei waren bisher die gezielte Weiterbildung der Hausärzte, die Schulung von Multiplikatoren, die Optimierung der Zusammenarbeit der Nürnberger Institutionen, und besonders die Aufklärung der Öffentlichkeit zum Krankheitsbild der Depression.

Dazu wurden bisher unter anderem fachinterne Fortbildungsveranstaltungen sowie Veranstaltungen für die breite Öffentlichkeit durchgeführt. Bundesweites Aufsehen erregte die Schulung von über 5.000 Altenpflegekräften in 300 bayerischen Einrichtungen der stationären Altenhilfe, in denen für die Pflegekräfte jeweils vierstündige Präventionskurse durchgeführt wurden.

Zusätzlich wurde die Öffentlichkeit vor Ort durch Plakataktionen, Flyer und Broschüren informiert; sogar ein Kinospot wurde geschaltet. Die lokale Presse zeigte sich kooperativ, „transportierte“ das Thema regelmäßig, und zeigte sich bei der Berichterstattung über erfolgte Suizide fortan „sensibler“, um Nachahmefekte zu minimieren.

Durch die Arbeit der Nürnberger Initiatoren konnte die allgemeine Suizidrate in der Region dauerhaft um 25% gesenkt werden. Die Städte Erlangen, Cham, Ingolstadt, Kempten, Regensburg sowie Hamburg-Harburg und Lübeck nahmen sich Nürnberg zum Vorbild, um eigene Präventionsmodelle vor Ort zu entwickeln. Seit April 2004 arbeiten 15 europäische Regionen von Ungarn bis Island unter Förderung der europäischen Kommission in der „*European alliance against depression*“ nach dem Nürnberger Vorbild zusammen. Auf der Internet-Seite <http://www.buendnis-depression.de> sind weitere Informationen veröffentlicht.

3.3. Projektarbeit im Studiengang Angewandte Gerontologie

Eine Projektarbeit trug den Titel „Altersdepression – Sensibilisierung für ein heikles Thema“. Ziel war es, eine Informationseinheit für Angehörige und Interessierte in der Altenhilfe zu entwickeln. Die Projektarbeit wurde von zwei Sozialarbeitern und einem Lehrer einer Altenpflegeschule erstellt.

Die Informationseinheit orientierte sich nicht an der oben genannten Fortbildung für Altenpfleger des Nürnberger Präventionsprogramms, sondern entwickelte eigene Inhalte. Die Fortbildungsinhalte des Nürnberger Programms können unter der bereits angegebenen Internetadresse abgerufen wer-

den.

Ausgangspunkt war in der Projektgruppe, dass die Depression als subdiagnostische oder manifeste Erkrankung wohl wahrgenommen wird, aber scheinbar als „unbehandelbare Alterserkrankung“ unterschätzt wird. Deswegen sollte anhand zweier Pflegeheime stichprobenartig überprüft werden, inwieweit die Annahmen über eine hohe Prävalenz depressiv Erkrankter zutreffen. Dazu wurden insgesamt zehn examinierte Pflegekräfte mit mindestens dreijähriger Berufserfahrung zu ihrer persönlichen Einschätzung und zu ihrem allgemeinen fachlichen Wissen in Kurzinterviews befragt.

Bei den Pflegekräften wurde eine hohe Sensibilität zum Thema Depression festgestellt, bei den Interviews war durchweg die persönliche Betroffenheit angesichts der geschilderten Einzelschicksale zu spüren. In einem Heim war es vor Jahren auch zu einem Suizid gekommen. Das Fachwissen war – entgegen unserer Erwartung – durchweg sehr hoch, die Symptome einer Depression wurden mit „Rückzug – traurig – sprachlos“ ebenso gut differenziert wie die möglichen Ursachen „Krankheit – Einsamkeit – Partnerverlust – Schicksalsschläge“.

Bei der gesamten Befragung waren Mehrfachnennungen möglich. Die Ergebnisse im Einzelnen:

Ungefähr jeder vierte Heimbewohner wurde als depressiv eingestuft. Auf die Frage, welche Medikamente bei Depressionen eingesetzt würden, wurden fünf Medikamente (mindestens je zweimal) genannt, darunter zwei trizyklisch wirkende Antidepressiva (*APONAL und SAROTEN*), zwei Neuroleptika und nur ein Antidepressivum der neueren Generation (*TREVILOR*). Die Altenpflegerinnen gaben als ärztlichen Behandler bei Depressionen in elf Fällen den Neurologen, Psychiater oder Facharzt an, der Hausarzt wurde dagegen nur fünfmal genannt. Auffällig war, dass die Demenz als häufigste Begleiterkrankung zur Depression genannt wurde.

Als wichtigste pflegerische Maßnahme nannten fünf der Pflegekräfte „Gespräche“, drei die „Absprache mit dem Facharzt“, und jeweils zwei die „Aufklärung, die Beschäftigung, das Einbeziehen in Aktivitäten und die Zuwendung“.

Als Ergebnis der Projektgruppe konnte festgehalten werden, dass die befragten Pflegekräfte beim „Erkennen und Behandeln depressiver Patienten“ einen zusätzlichen Informationsbedarf hatten, vor allem bezüglich der Pharmakotherapie: die Kenntnisse über die verschiedenen Antidepressiva waren hier unseres Erachtens unzureichend, man verließ sich auf die Therapie des behandelnden Arztes.

Die Projektgruppe entwickelte deswegen ein Konzept, das in der Weiterbildung von Fachkräften und Angehörigen eingesetzt werden kann. Das Konzept hat vier Bausteine.

1. Erklärung und Abgrenzung der Depression bei älteren Menschen

2. Vorstellung der oben genannten Interview-Ergebnisse
3. Behandlungsmöglichkeiten der Pharmakotherapie und Psychotherapie
4. Zusammenhang von Depression und Suizid

Das Konzept liefert die Grundlage zu einem einstündigen Vortrag mit Diskussionsmöglichkeiten vor Fachkräften der Altenpflege, in Tagesstätten oder zur Information von Angehörigen.

Es kann von jedem Teilnehmer der Projektgruppe eigenverantwortlich eingesetzt werden, um mehr Sensibilität für Depressionen im Sinne der Sekundärprävention in der Altenarbeit zu erreichen.

3.4. Was fehlt zur Suizidprävention? Kritik aus Sicht der Experten

„Wir müssen davon ausgehen, dass in jedem alten Menschen der Wille und die Lust zum Leben, das Interesse an der Entdeckung neuer Erfahrungen lebt, daneben aber ebenso zerstörerische Kräfte walten, die den Tod anstreben. Unsere zwischenmenschlichen Beziehungen, unsere sozialen Bedingungen, unsere Arbeitswelt und unsere Umwelt beeinflussen die ständige Auseinandersetzung zwischen diesen beiden in uns wohnenden Kräften“ (*Teising 1992: 9*).

Vor über 10 Jahren sprach *Teising* die Lebensbedingungen- und Beziehungen älterer Menschen an, die für die Lebensmüdigkeit im Alter mitentscheidend sind. Diese Bedingungen haben sich seitdem noch verschärft, der Umgangston ist seit den Gesundheits- und Rentenreformen der letzten Jahre für die ältere Generation deutlich rauher geworden.

Im Rahmen dieser bedenklichen Entwicklung werden wohl auch die Mittel zur weiteren Forschung und Lehre in der Gerontopsychiatrie und zur Rehabilitation immer wieder zur Disposition stehen. Die erfolgreiche Arbeit des „Nürnberger Bündnisses“ soll davon nicht ablenken: die dortige Koordinatorin ist in Teilzeit befristet angestellt, das Bündnis muss inzwischen nach Ende der Förderung als eingetragener Verein mit eigenen Spendenmitteln auskommen.

Wird nochmals einige Schritte zurückgegangen, ergibt sich folgendes Bild: Die Suizidmortalität Depressiver und vor allem depressiver älterer Menschen hat sich trotz modernerer Medikamente und neuer Therapieformen in den letzten Jahrzehnten nicht spürbar geändert, bei den Älteren ist sie sogar gestiegen, und zwar in einem Umfang, der nicht dem demographischen Faktor entspricht.

Radebold (1997: Vorwort) kritisierte anlässlich der dritten Jahrestagung der „Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und Gerontopsychotherapie“, auf der die Themen Depression und Suizid ausführlich diskutiert wurden, die immer noch fehlende Bereitschaft seiner hausärztlich tätigen Kollegen, sich mit der Diagnostik und Behandlung depressiver Störungen im Alter auseinanderzusetzen. Er wies dabei auf „leidvolle Krankheitskarrieren“ hin, die fälschlicherweise immer noch als „schicksalhafter Altersabbau“ fehldiagnostiziert würden und „im Pflegeheim oder insbesondere im Suizid enden können“. *Ra-*

debold bezeichnete für diese Patienten die Versorgungsrealität in Deutschland als „unverändert mangelhaft“. Die Hausärzte betraf seine Kritik besonders, da sie zu selten überweisen würden (ein negativer Umstand übrigens, die sich mit den von den Krankenkassen geplanten Hausarztmodellen wohl noch verstärken wird) und dabei über keine „weiterführenden systematischen therapeutischen Strategien“ verfügten.

Selbst in der „*Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie*“, der führenden gerontologischen Fachgesellschaft, bestand bisher (Stand 2002) kein Interesse, das Thema „Suizidprävention im Alter“ in die Agenda aufzunehmen oder auf Tagungen zur Diskussion zustellen (*Erlemeier 2002, S.115*).

Dasselbe gilt auch für die Gesundheitspolitik allgemein: Suizidprävention im Alter spielt in der öffentlichen Debatte keine Rolle – auch wenn das Beispiel „Nürnberg“ und die beiden staatlich geförderten Studien von *Erlemeier* löbliche Ausnahmen sind. Ambulante Anlaufstellen zur präventiven Information oder Beratung sind kaum bekannt; erst im Akutfall wird dann der Hausarzt, der ärztliche Notdienst oder das nächste Krankenhaus aufgesucht.

Bei suizidalen älteren Patienten gibt es ein erhebliches Beratungs- und Versorgungsdefizit. *Erlemeier* sieht im europaweiten Vergleich für Deutschland noch einen großen Nachholbedarf (*2002: 128, 167*) und schreibt dazu: „In Deutschland liegen bisher keine systematischen Aktivitäten zur Verbesserung der Suizidprävention und Krisenhilfe bei alten Menschen vor. Wie schon an mehreren Stellen konstatiert, ist die Lage generell unübersichtlich, zersplittert und in der sozialpolitischen Landschaft bisher kaum einer intensiven Diskussion wert. Noch weniger thematisiert wird die besondere Indikation für Hilfsangebote, die speziell auf die Gruppe der suizidgefährdeten alten Menschen ausgerichtet sein müssten“ ... „Angesprochen werden durch die ambulante Krisenhilfe überwiegend jüngere Personen, darunter vor allem Frauen. Nach internationaler Einschätzung werden alte Menschen als Ratsuchende in Krisen von ambulanten Beratungs- und Therapieangeboten kaum erreicht.“

Erlemeier (2002: 232) zitiert die Einschätzungen und Forderungen einiger national bekannter Suizidforscher, von denen einige auch in dieser Arbeit genannt wurden. Einige möchten wir hier gerne zum Ende der Arbeit wiedergeben:

Dr. Jens Bruder (Psychiater und Referent im Kontaktstudium): „Ich sehe eine allmählich zunehmende Bereitschaft von Psychotherapeuten, ältere Patienten zu nehmen, u. a. weil sie selber älter werden. Das muss aber noch mehr nach Außen dringen, zum Selbstbild der Psychotherapeuten werden. Wir müssen auch offen sein für die Akzeptanz seelischer Entwicklungen, die zur Lebens-Sattheit oder sogar zum Lebensüberdruß ohne Krankheitshintergrund führen“.

Dr. Claus Wächtler (Psychiater): „Suizidprävention für Ältere ist dringend notwendig. Sie wird seit Jahren gefordert. Ohne Unterstützung von Seiten der

Politik und der Kostenträger bleiben Einzel-aktivitäten jedoch unbedeutend“

Prof. Dr. Martin Teising (Psychiater): „Es ist eine breite Diskussion ethischer Wertfragen notwendig, dann eine kritische Selbstreflexion Professioneller im psychosozialen Feld hinsichtlich eigener unbewusst gerontologischer Einstellungen; und danach: strukturelle Verbesserungen“.

Damit spricht *Teising* auch uns selbst an. Wie stehen wir zu unserem eigenen Älterwerden? Wie werden wir wohl mit Krankheiten und Behinderungen zurechtkommen, von denen wir heute noch nichts ahnen? Von welchen Bildern, Wünschen und Ängsten sind unsere Vorstellungen und Einstellungen bestimmt? Bis zu welcher Schwelle wären wir selbst bereit, unser Leben, das uns nun einmal „zugemutet ist“ (*Jörg Zink*), auch unter schwierigeren Umständen anzunehmen?

Auch die Frage, was von uns selbst heute schon präventiv getan werden kann, um möglichst lange körperlich und seelisch gesund zu bleiben, mag zum Schluss der Arbeit erlaubt sein. Die protektiven Faktoren in Kapitel 2.9. können hier für uns selbst eine wichtige Orientierung hin zum gesunden Altern bieten.

Erlemeier (2002: 279) schließt seine Studie mit folgendem Satzsatz ab: „Suizidprävention und Krisenhilfe im Alter darf keine vernachlässigte Randerscheinung der Gesundheits- und Versorgungspolitik in Deutschland bleiben.“

Wünschenswert wäre, dass seine Analysen und Schlussfolgerungen die nötige Resonanz in der Gesundheitspolitik und Altenhilfe finden.

Schlussgedanken

Die Frage mag gestellt werden, wieso gerade dieses schwierige Thema hier aufgenommen wurde. Dazu sollen einige Gedanken folgen.

Das Thema ist aus vielen Gründen interessant. Die Bemerkung eines Dozenten in einem Vortrag über Hochaltrige, ein hundertjähriger Mann, lautete „ich lebe zwar, aber ich bin ein Wrack“. Diese Bemerkung ließ aufmerken. Wie kommen ältere Menschen seelisch mit ihren Belastungen zurecht? Leiden sie unter affektiven Störungen? Ab wann wird Altwerden zur „Qual statt zur Gnade“?

Es sollen einschlägige Untersuchungen aufgegriffen und zugänglich gemacht werden. Der aktuelle Wissenstand der Depressionsforschung und der Forschung zu Suizidalität und zu Suiziden wird dargestellt.

Es scheint, dass das Thema Depression und Suizidalität älterer Menschen in der Öffentlichkeit wie in der hausärztlichen Praxis weitgehend ignoriert wird. Tragisch und erschreckend ist, das Suizidrisiko älterer, allein stehender Menschen: jeden Tag sterben alleine in Deutschland mindestens zehn alte Menschen durch eigene Hand – meist, wie es zunächst scheint, „aus heiterem Himmel“. Die Angehörigen, soweit vorhanden, sind danach meist traumati-

siert, eine unheilvolle Folgewirkung für die Verbliebenen und die Zeugen des Suizids.

Die Idee war, Mut zu machen: Depressivität und Suizidalität lassen sich nicht in jedem Fall verhindern, aber in vielen Fällen behandeln. Aufklärung tut also not. Ältere Menschen können gerettet werden, wenn wir es lernen, rechtzeitig ihre Einsamkeit, ihre Verzweiflung und ihre stillen Hilferufe wahrzunehmen.

Literaturverzeichnis

- Bickel, H.** (2003). Epidemiologie psychischer Störungen im Alter. In: Förstl, H. (Hrsg.). Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und Gerontopsychotherapie. Thieme Stuttgart.
- Blaha, H. J.** (2005). Stellungnahme zu Fragen der Gerontopsychiatrie und Geriatrie.
- Bojack, B.** (2003). Depression im Alter. Psychiatrie Verlag Bonn.
- Cattel, H. & Jolley, D. J.** (1995). One hundred cases of suicide in elderly people. British journal of psychiatry, 166.
- Cole, M. G. et al.** (1999). Prognosis of depression in elderly community and primary care populations: a systematic review and meta-analysis. American Journal of Psychiatry. 156.
- Copeland, J. R. M. et al.** (1999). Depression in Europe. Geographical distribution among older people. British journal of psychiatry. 174.
- De Leo, D. et al.** (1995). Lower suicide rates associated with a tele-help/tele-check service for the elderly at home. American journal of psychiatry. 152.
- DIE RHEINPFALZ** (2004). Nr.271 vom 20.11.2004. Ludwigshafen.
- Draper, B.** (1996). Attempted suicide in old age. International Journal of Geriatric Psychiatry. 11.
- Erlemeier, N.** (1992). Suizidalität im Alter. Bundesministerium für Familie und Senioren. Band 12.1. Kohlhammer Stuttgart.
- Erlemeier, N.** (2000). Suizidprävention. In: Wahl, H. W. & Tesch-Römer, C. (Hrsg.). Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen. Kohlhammer Stuttgart.
- Erlemeier, N.** (2002). Suizidalität und Suizidprävention im Alter. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Band 212. Kohlhammer Stuttgart.
- Ernst, C.** (1997). Epidemiology of depression in late life. Current opinion in Psychiatry. 10:107-12.
- Faust, V.** (1999). Seelische Störungen heute. Wie sie sich zeigen und was man tun kann. Verlag C.H. Beck München.
- Faust, V.** (2004). Depressionen erkennen und behandeln. Vortrag auf dem Selbsthilfetag in Mannheim. Eigene Mitschrift.
- Giernalczyk, T.** (2003). Lebensmüde-Hilfe bei Suizidgefährdung. DGVT- Verlag Tübingen.
- Grond, E.** (2001). Altersschwermut. Ernst-Reinhardt-Verlag München
- Gulbinat, W. H.** (1996). The epidemiology of suicide in old age. Archives of Suicide Research, 2.

- Haenel, T. A. & Pöldinger, W.** (1986). Erkennung und Beurteilung der Suizidalität. In: Kisker KP. et al. (Hrsg.). Psychiatrie der Gegenwart. Band 3. Springer Berlin.
- Hautzinger M.** (1998). Depression. Hogrefe Göttingen.
- Hautzinger, M.** (2000). Depressionen im Alter. Beltz Weinheim.
- Hegerl, U., Zaudig, M., Möller, H. J.** (Hrsg.) (2001). Depression und Demenz im Alter. Springer Wien.
- Heuft, G.** (1992). Depression, Suizidalität und Sterben. In : Hirsch R. D. (Hrsg.). Altern und Depressivität. Verlag Hans Huber Bern
- Hirsch, R. D.** (1992). Aspekte zu einem mehrdimensionalen Handlungskonzept. In: Hirsch, R. D. (Hrsg.). Altern und Depressivität. Verlag Hans Huber Bern.
- Jäger, K. & Schmeling-Kludas, C.** (1992). Therapieprobleme bei körperlich Kranken. In: Wedler, H. et al. Therapie bei Suizidgefährdung. Roderer. Regensburg.
- Klostermann, P. & Schneider, V.** (2004). Suizide alter und hochaltriger Menschen. Institut für Rechtsmedizin der Charite Berlin.
- Kurz, A.** (1997). Depression im Alter : Klassifikation, Differentialdiagnose und Psychopathologie. In: Radebold, H. et al. (Hrsg.). Depressionen im Alter. Steinkopff Darmstadt.
- Langbein, K., Martin, H. P, Weiss, H.** (2002). Bittere Pillen – Nutzen und Risiken der Arzneimittel. Kiepenhauer und Witsch Köln.
- Möller, H. J.** (1997). Medikamentöse Behandlung der Depression im höheren Lebensalter. In: Radebold, H. et al. (Hrsg.). Depressionen im Alter. Steinkopff Darmstadt.
- Müller-Spahn, F.** (1997). Neurobiologische Faktoren und somatische Aspekte der Depressionen im höheren Lebensalter. In: Radebold, H. et al. (Hrsg.). Depressionen im Alter. Steinkopff Darmstadt.
- Murray, C. J. L. & Lopez, A. D.** (1997). The global burden of disease..Global burden of disease and injury series (volume 1). Harvard University Press.
- Niklewski, G. & Baldwin, B.** (2003). Depressive Erkrankungen. In : Förstl H. (Hrsg.). Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und Gerontopsychotherapie. Thieme Stuttgart.
- Niklewski, G & Nieke-Niklewski, R.** (2004). Depressionen überwinden. Stiftung Warentest Berlin.
- Nosper, M.** (2002). Geriatrische Rehabilitation Modellprojekt St. Irminen Trier . Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Rheinland-Pfalz Alzey.
- Nürnberger Bündnis gegen Depression,** c/o Tel.0911-3983766 oder www.buendnis-depression.de.
- Osgood, N. J. et al.** (1991). Suicide among the elderly in long-term care facilities. Greenwood. Westport.
- Pöldinger, W. J.** (1982). Erkennung und Beurteilung der Suizidalität. In: Reimer C. (Hrsg.). Suizid. Ergebnisse und Therapie. Springer Berlin.
- Prince, M. J. et al.** (1999). Depression symptoms in late life assessed using the EURO-D scale. British journal of psychiatry. 174.
- Radebold, H., Hirsch, R. D., Kipp J., Kortus, R., Stoppe, G., Struwe, B. Wächtler, C.** (Hrsg.) (1997). Depressionen im Alter. Steinkopff Darmstadt.

- Shneidman, E.**(1991). Key psychological factors in understanding and managing suicidal risk. *Journal of Geriatric Psychiatry* 2.
- Statistisches Bundesamt** (2003). Todesursachenstatistik durch vorsätzliche Selbstbeschädigung in Deutschland.1999. Bonn.
- Teising, M.** (1992). *Alt und lebensmüde*. Ernst Reinhardt Verlag München.
- Wächtler, C.** (2003). Suizid und Suizidalität im höheren Lebensalter. In: Förstl, H. (Hrsg.) *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und Gerontopsychotherapie*. Thieme Stuttgart.
- Welz, R.** (1997). Epidemiologie psychischer Störungen im Alter. In: Wenglein, E. (Hrsg.). *Das dritte Lebensalter. Psychodynamik und Psychotherapie bei älteren Menschen*. Vandenhoeck & Rupprecht Göttingen
- Wenzel-Orf, H.** (2001). *Mit Hundert war ich noch jung*. Econ München
- Wernicke, T. F. et al.** (2001). Epidemiologie von Depression und Demenz im Alter. In : Hegerl U. et al (Hrsg.).*Depression und Demenz im Alter*.Springer Wien.
- Wolfersdorf, M.** (1992). Hilfreicher Umgang mit Depressiven. Hogrefe Göttingen.
- Wolfersdorf, M.** (1997a). Depressionen im höheren Lebensalter. In. Wenglein, E. (Hrsg.). *Das dritte Lebensalter. Psychodynamik und Psychotherapie bei älteren Menschen*. Vandenhoeck & Rupprecht Göttingen.
- Wolfersdorf, M.** (1997b). Medikamentöse Behandlung von depressiven Syndromen mit Suizidalität im Alter. In: Radebold, H. et al. (Hrsg.) *Depressionen im Alter*.Steinkopff Darmstadt.
- Wolfersdorf, M** (2000). *Der suizidale Patient in Klinik und Praxis*. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart.
- Wolfersdorf, M.** (2002). *Depressionen verstehen und bewältigen*. Springer Berlin.
- Wolter, D.** (2004). Therapie von Depressionen im Alter. *Geriatric-Journal* 2/04.Hannover.
- Zaudig, M.** (2001). Diagnose und Differentialdiagnose der Demenz und Depression im Alter. In: Hegerl, U. et al.(Hrsg.). *Depression und Demenz im Alter*. Springer Wien.

Autorenangaben

Diplom-Sozialpädagoge und Gerontologe Klaus Sanden
 Dr. med. Barbara Bojack
 c/o Hochschule Wismar
 Philipp-Müller-Straße 14
 Postfach 12 10
 D – 23966 Wismar
 Fax: ++49 / (0)3841 / 753 131

WDP - Wismarer Diskussionspapiere / Wismar Discussion Papers

- Heft 19/2006: Uwe Lämmel/Andreas Scher: Datenschutz in der Informationstechnik. Eine Umfrage zum Datenschutzsiegel in Mecklenburg-Vorpommern
- Heft 20/2006: Jost W. Kramer/Monika Paßmann: Gutachten zur Bewertung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der allgemeinen Sozialberatung in Mecklenburg-Vorpommern
- Heft 21/2006: Marion Wilken: Risikoidentifikation am Beispiel von Kindertageseinrichtungen der Landeshauptstadt Kiel
- Heft 22/2006: Herbert Müller: Zahlen und Zahlenzusammenhänge – Neuere Einsichten zum Wirken und Gebrauch der Zahlen in Natur und Gesellschaft
- Heft 01/2007: Günther Ringle: Genossenschaftliche Prinzipien im Spannungsfeld zwischen Tradition und Modernität
- Heft 02/2007: Uwe Lämmel/Eberhard Vilkner: Die ersten Tage im Studium der Wirtschaftsinformatik
- Heft 03/2007: Jost W. Kramer: Existenzgründung in Kleingruppen nach der Novellierung des Genossenschaftsgesetzes
- Heft 04/2007: Beate Stirtz: Hybride Finanzierungsformen als Finanzierungsinstrumente mittelständischer Unternehmen
- Heft 05/2007: Uwe Lämmel/Anatoli Beifert/Marcel Brätz/Stefan Brandenburg/Matthias Buse/Christian Höhn/Gert Mannheimer/Michael Rehfeld/Alexander Richter/Stefan Wissuwa: Business Rules – Die Wissensverarbeitung erreicht die Betriebswirtschaft. Einsatzmöglichkeiten und Marktübersicht
- Heft 06/2007: Florian Wrede: Computergestützte Management-Informationssysteme. Geschichte – Zukunft – Konsequenzen
- Heft 07/2007: Peter Biebig/Gunnar Prause: Logistik in Mecklenburg – Entwicklungen und Trends
- Heft 08/2007: Anja Ziesche: Risikomanagement unter dem Aspekt der betrieblichen Gesundheitsförderung
- Heft 09/2007: Cornelia Ewald: Kreditinstitute in der Anlageberatung – Anforderungen aus der aktuellen Rechtsprechung und Gesetzgebung
- Heft 10/2007: Herbert Müller: Zahlen, Planeten, Pyramiden und das Meter. Wie die Planung der Pyramiden von Gizeh erfolgt sein könnte – eine ingenieurmethodische Betrachtung
- Heft 11/2007: Klaus Sanden, Barbara Bojack: Depressivität und Suizidalität im höheren Lebensalter