

..... Nr. 4 Juli 2011 .....

# transferplus

..... Depression und Suizidalität - Krankheiten  
der Losigkeit .....



..... Herausgeber .....

..... g-plus - Zentrum im internationalen Gesundheitswesen .....

## Inhalt

Prof. Dr. Elke Donath	3
<b>Editorial: Depression und Suizidalität – Krankheiten der Losigkeit</b>	
Michael Löhr, Anika Hennings	6
<b>Zwischen Trauer und Depression – Die Gesundheits- und Krankenpflege als wichtiger Akteur in der Versorgung betroffener Menschen</b>	
Manuela Grieser, Stefan Kunz, Anna Hegedüs	13
<b>Evidenzbasierte Pflegeinterventionen für die Pflegediagnose Angst und die medizinische Diagnose Depression</b>	
PD Dr. Reinhard Lindner	22
<b>Suizid und Suizidalität – Aspekte für Pflegeberufe in Deutschland. Ist-Zustand, Probleme und Perspektiven</b>	
Prof. Dr. Dr. Rolf D. Hirsch	28
<b>Suizidalität im Alter – Ein unterschätztes oder geduldetes Phänomen?</b>	
Dr. Christopher Abderhalden, Bernd Kozel, Prof. Dr. Konrad Michel	34
<b>Suizidalität erkennen – Ein pflegerisches Instrument zur Beurteilung der Suizidalität</b>	
Allgemeine Hinweise / Impressum	41

## ..... Editorial

### ..... Depression und Suizidalität – Krankheiten der Losigkeit

..... Prof. Dr. Elke Donath, Leitung g-plus, Witten;  
wissenschaftliche Leitung, Mathias Hochschule Rheine

Interesselosigkeit, Ruhelosigkeit, Schlaf- und Appetitlosigkeit, Kraft- und Gefühllosigkeit, Halt- und Hilflosigkeit – die Symptome einer Depression sind vor allem durch eines geprägt: „Losigkeit“. Diese Losigkeit kann sich bis zur absoluten Hoffnungs- und Ausweglosigkeit zuspitzen, die im tragischsten Fall zum Suizid führen kann. Laut der Stiftung Deutsche Depressionshilfe gehört die Depression zu den häufigsten und hinsichtlich ihrer Schwere am meisten unterschätzten Erkrankungen. Sie kann Menschen aller Altersstufen und Geschlechter, Gesunde wie chronisch Kranke treffen. Schätzungen zufolge sind derzeit rund vier Millionen Menschen in Deutschland an einer behandlungsbedürftigen Depression erkrankt. Damit ist die Depression auch in Deutschland die häufigste psychische Erkrankung (Wittchen, Pittrow 2002). Die am meisten gefürchtete Folge einer Depression ist der Suizid: 40 - 70% der Suizide sind auf Depressionen zurück zu führen (Lönnquist 2000). Jedes Jahr nehmen sich in Deutschland mehr als 11.000 Menschen das Leben, wobei von einer hohen Dunkelziffer und etwa dem Zehnfachen an Suizidversuchen auszugehen ist (Hegerl et al. 2003). Die WHO geht davon aus, dass neben dem Durchführenden bei jedem Suizid weitere sechs Menschen im Umfeld betroffen sind. Potenziert man vor diesem Hintergrund die bereits erschreckend hohe Zahl der Selbsttötungen mit dem Faktor sechs, wird deutlich, dass es sich bei Suizid und Suizidversuchen um ein gravierendes gesellschaftliches und soziales Problem handelt. Trotz dieser Zahlen ist die Versorgungs- bzw. Betreuungssituation von Menschen mit depressiver und suizidaler Symptomatik in Deutschland immer noch unzureichend. Nur eine Minderheit erhält eine leitliniengerechte Behandlung, obwohl wirksame Behandlungsverfahren und Betreuungsansätze wie Psychotherapie, Pharmakotherapie und psychosoziale Betreuungskonzepte zur Verfügung stehen (Hegerl 2009). Einer der Gründe: Stigmatisierung und Unkenntnis hemmen viele Betroffene, sich Hilfe zu holen. Neben dem privaten Umfeld sind daher vor allem professionelle Helfer gefragt, depressive Symptome zu erkennen und entsprechend zu reagieren. Ansätze aus dem Ausland zeigen, dass hier gerade Pflegenden und Therapeuten eine wichtige, in Deutschland bisher unterschätzte Rolle zukommt. International gibt es – von den USA über Norwegen bis Australien – umfangreiche Präventions-, Früherkennungs- und Aufklärungsprogramme zu Depression und Suizidalität, sowie alternative Versorgungsangebote, wie zum Beispiel Rückzugshäuser. Spezialisierte Pflegende (Depression Nurse Spezialist), Pflegende, aber auch nicht-ärztliche Heilberufe nehmen

eine wichtige Rolle bei der Begleitung von Menschen mit Depression und/oder Suizidalität ein. Hier kann das Ausland wichtiger Impulsgeber und Kooperationspartner für neue Projekte und Herangehensweisen in Deutschland sein.

Vom Ausland lernen – unter diesem Motto fördert die Robert Bosch Stiftung mit dem Internationalen Hospitationsprogramm Pflege und Gesundheit Fachkräfte im Gesundheitswesen, die berufsbezogene Hospitationen im Ausland durchführen. Um die Versorgung von depressiven und suizidalen Menschen in Deutschland zu verbessern, liegt in der aktuellen Förderphase ein besonderer Fokus auf den Themen Depression und/oder Suizidalität. Denn der fachliche Austausch mit den Akteuren vor Ort, das Kennenlernen neuer Ansätze und Methoden sowie die persönlichen Erfahrungen im Rahmen von Auslandshospitationen können wichtige Impulse für die Weiterentwicklung von Präventions-, Betreuungs- und Versorgungsprojekten in Deutschland liefern.

Die vorliegende transferplus-Ausgabe dokumentiert in Auszügen das Symposium „Depression und Suizidalität – Krankheiten der Losigkeit“, das am 25. März 2011 an der Universität Witten/Herdecke stattfand.

Wir hoffen, Sie mit diesen Beiträgen zu Reflexionen im eigenen Tätigkeitsfeld anzuregen und Ihren Blick auf Problemfelder, aber auch auf Lösungsansätze zur Früherkennung von Symptomen und zur besseren Versorgung und Betreuung von depressiven und suizidalen Menschen zu lenken. Vielleicht wirft der eine oder andere Gedanke ja auch Fragen und Ansätze auf, zu denen es sich möglicherweise auch lohnt, Antworten im Ausland zu suchen.

#### Literatur

Hegerl U, Althaus D, Niklewski G, Schmidtke A (2003): Optimierte Versorgung depressiver Patienten und Suizidprävention. Deutsches Ärzteblatt 100 (42): 2732-2737.

Hegerl U (2009): Kompetenznetz Depression, Suizidalität. In: 10 Jahre Kompetenznetz in der Medizin. Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg): 6-8.

Lönquist J (2000): Psychiatric Aspects of suicidal behaviour: depression. In: Hawton K, Heeringen K van (Hrsg) The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide, John Wiley & Sons, Ltd.: 107-120.

Wittchen HU, Pittrow D (2002). Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study. Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental, 17, Suppl 1: 1-11.

**Der Artikel  
„Leben mit Depression und Suizidalität -  
Vom Alltag einer Angehörigen“  
entfällt in dieser neu überarbeiteten  
Fassung der „transferplus“- Ausgabe Nr. 4**



## ..... Zwischen Trauer und Depression - Die Gesundheits- und Krankenpflege als wichtiger Akteur in der Versorgung betroffener Menschen

..... Michael Löhr, Dipl.-Kfm.; M.A., Fachkrankpfleger, Leitung Stabsgruppe für  
Klinikentwicklung und Forschung, LWL-Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie,  
Psychosomatische Medizin, Neurologie, Innere Medizin, Gütersloh

..... Anika Hennings, Diplom-Psychologin, Stabsgruppe Klinikentwicklung und  
Forschung, LWL-Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische  
Medizin, Neurologie, Innere Medizin, Gütersloh

Die Trauer als menschliche Reaktion auf Verluste ist eine wichtige Funktion, um wieder ins seelische Gleichgewicht zu kommen. Doch wann ist jemand traurig – und wann depressiv? Und was müssen Gesundheits- und Krankenpfleger bei der Pflege betroffener Patienten beachten? Der folgende Beitrag gibt einen Einblick in die Heterogenität der Erkrankung Depression mit dem Ziel, Trauer von einer Depression abzugrenzen. Gleichzeitig werden konkrete Handlungsanweisungen für Pflegenden gegeben.

### Zwischen Trauer und Depression

Das Leben besteht aus Höhen und Tiefen mit denen Menschen unterschiedlich umgehen. Ist das euphorische Gefühl des Verliebtseins gleich eine Manie und damit krankhaft? Oder können wir davon ausgehen, dass dieser Zustand, in dem Menschen häufig den klaren Blick für die Realität verlieren als physiologisch und seelisch normale Reaktion zu werten ist? Ein ähnliches Phänomen kann im Zusammenhang mit Trauer und Depression festgestellt werden. Wenn beispielsweise Partner sich trennen oder ein Familienmitglied stirbt ist die Trauer eine zutiefst menschliche Reaktion und sie hilft das Geschehene zu verarbeiten. Und auch hier stellt sich die Frage, wann die Trauer aufhört, bzw. wie lang zu trauern erlaubt ist und ab wann die „krankhafte“ Trauer oder eine Depression beginnt. Doch wäre es falsch anzunehmen, dass jede Depression aus einem trauerartigen Zustand entsteht. Die Entstehungsfaktoren können vielfältig sein.

Der Begriff „Depression“ ist Gegenstand des allgemeinen Sprachgebrauchs und meint zunächst lediglich gedrückte Stimmung. Der Begriff „deprimere“ kommt aus dem Lateinischen und bedeutet: niederdrücken. Niedergedrückte Stimmung an sich ist nichts

Krankhaftes, sondern vielmehr Teil des menschlichen Gefühlslebens. Sie kann z. B. als nachvollziehbare Reaktion auf den Verlust eines nahe stehenden Menschen oder im Rahmen einer Beziehungskrise in der Partnerschaft auftreten und einen wichtigen Teil der Trauerreaktion darstellen (Löhr & Schulz 2009). Trauer tritt entsprechend auf, wenn wir etwas uns Wichtiges verloren haben und dieser Verlust schwer zu ertragen ist. Wir reagieren oft genervt auf andere auch uns sehr vertraute Menschen und manchmal wird sogar aggressiv. Viele Trauernde beschreiben die Symptome nicht unähnlich denen einer Depression. Sie berichten von Leeregefühl im Magen, Brustbeklemmungen, Gefühle von Zugeschnürt sein in der Kehle. Wenn wir traurig sind, leiden wir an Kraft-, Appetit- und Schlaflosigkeit und beschäftigen uns intensiv mit dem Verlorenen (Dieffenbach 2011). Manch einer entwickelt Schuldgefühle oder fängt an, sich selbst für das Geschehene oder auch nicht Geschehene zu beschuldigen. In Abgrenzung zur Depression wissen Betroffene, was die Ursache für ihre Stimmungstrübung ist, zudem bleibt der Selbstwert stabil. Außerdem ist die Trauer eine anfängliche Schockphase und die meisten Trauernden erholen sich recht bald und können ihren Alltag wieder gut leisten. Bei manchen jedoch entwickelt sich aus der Trauer eine Depression (Dieffenbach 2011).

Die Diagnose „Depression“ als anerkannte Krankheit ist noch sehr jung. Sie hat erst Ende der 1970er Jahre Einzug in die Diagnoseklassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV erhalten. In den Jahrhunderten zuvor war die Melancholie die Problematik, die in Zusammenhang mit Affektstörungen diskutiert wurde. Im Verhältnis zu anderen psychischen Erkrankungen war die Melancholie nicht oft zu finden. Allerdings sind Angststörungen zu dieser Zeit häufiger diagnostiziert worden (Richter 2010).

Mit Rückgang in den 1960er Jahren der bis dahin angewandten psychoanalytischen Therapie, entstand parallel eine diagnostische Spezifizierung von psychischen Störungen. Diese Spezifizierung wurde durch ein biologisch orientiertes Krankheitsverständnis begleitet, das das bis dato vorhandene psychosoziale Modell des Krankheitsverstehens erweitert hat. Innerhalb der Klassifikationen von psychischen Störungen ist es bis heute nicht wichtig - bis auf wenige Ausnahmen - welche Ursachen die Störungen haben (Richter 2010). Die Klassifikationen von psychischen Krankheiten beziehen sich meist auf die Beschreibung von Symptomen, die zu einer entsprechenden Diagnose führen. Vor diesem Hintergrund muss beachtet werden, dass nun im Kontext der Diagnose Depression weitere Symptome subsumiert werden konnten, die zunächst für sich betrachtet keinen Krankheitswert vorwiesen. Symptome, wie z. B. Schlaflosigkeit, Konzentrationschwäche, wurden der Angststörung oder der Stressreaktion zugeordnet oder fanden sich nicht als Symptom einer Erkrankung wieder.

Heute ist es weitgehend gesellschaftlich akzeptiert mit einer Depression zum Arzt zu gehen. Jedoch spielen weitere gesellschaftliche Aspekte eine Rolle. Es ist nicht „en Vogue“ schlechte Stimmung zu haben. Die Medien sind voll von „gute Laune“-Szenarien. Auch

im Geschäftsleben hat die schlechte Laune ihren Platz verloren. Vor diesem Hintergrund beschreiben einige Autoren in jüngster Vergangenheit den gesellschaftlichen Verlust der Trauer (Horwitz & Wakefield 2007; Richter 2010).

Neben der Zunahme der Erkrankung Depression kann ein weiteres gesellschaftliches Phänomen festgestellt werden: die Häufigkeit des Burnout-Syndroms. Beim Burnout handelt es sich nicht um eine Diagnose. Jedoch liegen die Dimensionen des Syndroms nahe bei den Symptomen der Depression. Es scheint aber heute gesellschaftlich akzeptierter zu sein, auszubrennen, anstatt an einer Depression zu erkranken. Mit dem Stempel des Burnout ist die scheinbare Ursache geklärt. Durch Überlastung, gerade im Bereich vielarbeitender Menschen, gibt es eine seelische Krise, die behandelt werden muss.

Die Depression, die sich häufig genug hinter einem Burnout-Syndrom verbirgt, ist eine schwerwiegende Erkrankung, die eine gute Diagnostik und multiprofessionelle Behandlung/Versorgung notwendig macht.

## Epidemiologie

Das Risiko, während des Lebens einmal an einer Major Depression zu erkranken liegt bei Männern bei 5 - 12%, bei Frauen bei 10 - 25% (DSM IV). Bleibt die Erkrankung unbehandelt, dann dauert sie zwei bis drei Monate (Wittchen et al. 2010), die Beschwerden reduzieren sich dann nicht selten von selbst (Posternak & Miller, 2001). Allerdings steigt das Risiko einer weiteren Episode: Über 50% der Menschen, die an einer Depression erkranken, erleiden auch eine zweite Episode, 25% haben chronische Verläufe mit immer wieder auftretenden Episoden. Zusätzlich verschlechtert wird die Prognose durch den lebensbedrohlichen Charakter dieser Erkrankung: Depression ist eine der Hauptursachen für Suizide. Goodwin und Jamison (1990) schätzen, dass ca. 15 - 20% der Menschen in depressiven Krisen einen Suizid begehen. Allerdings wird nur ein geringer Prozentsatz von Menschen mit depressiven Erkrankungen in psychiatrischen Kliniken behandelt. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schätzt, dass ca. 151 Mio. Menschen weltweit an einer Depression leiden. Nach weiteren Schätzungen der WHO suizidieren sich jährlich weltweit ca. 844 000 Menschen. Die Depression ist nicht nur eine Erkrankung, die innerhalb der reichen Staaten vorzufinden ist, gerade in Niedriglohnländern hat die die Zahl der Betroffenen stark zugenommen. Sie erreicht dort fast die gleiche Relation, wie die Malaria (Depression 3,2% und Malaria 4%, gemessen an allen Erkrankungen) (Funk et al. 2010).

Die WHO geht davon aus, dass im Jahre 2030 die Depression einer der häufigsten Krankheiten weltweit sein wird. Es ist anzunehmen, dass die Depression in ihrer Häufigkeit

des Auftretens noch vor den Herzerkrankungen, Schlaganfällen, Verletzungen durch Verkehrsunfällen und der HIV Infektion liegen wird (WHO 2004). Auslöser für das Krankheitsbild sind häufig neurobiologische und psychosoziale Aspekte., Depressive Beschwerden treten in Verbindung mit anderen Grunderkrankungen oder besonderen Lebenssituationen (Life-Events) auf. Beispielsweise beschreiben Sit & Wisner (2009), dass ca. 10% - 15% aller Mütter nach einer Geburt an einer postpartalen Depression erkranken. Auch junge Väter sind nach der Geburt gefährdet, hier liegt die Erkrankungshäufigkeit bei ca. 10% (Paulson & Bazemore 2010). Ebenfalls gibt es zahlreiche Studien über die Häufigkeit von Depression und chronischen Erkrankungen wie bspw. Diabetes (Petra 2008), chron. Schmerzen (Kappis et al. 2005), Epilepsie (Ganze et al. 2003; Ott-Ordelheide & Tacke 2011), Demenz (Preuss et al. 2009; Noelle 2010).

## Diagnosekriterien der Depression

In der Terminologie des ICD-10 zählt die Depression zu den affektiven Störungen. Bei diesen Störungen bestehen die Hauptsymptome in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität, entweder zur Depression - mit oder ohne begleitende Angst - oder zur gehobenen Stimmung. Die Diagnose wird anhand der vorliegenden Symptome gestellt. Der ICD-10 kennt nicht die Krankheit „Depression“ sondern spricht von „depressiver Episode“. In dieser Wortwahl steckt auch eine Art von therapeutischem Optimismus - nämlich die Situation nicht als etwas Unabänderliches, sondern als vorübergehend zu begreifen. Folgt man den Kriterien des DSM-IV-TR, müssen mindestens fünf der folgenden Einschränkungen für mindestens 14 Tage in den vergangenen vier Wochen vorhanden gewesen sein, damit die Kriterien für eine Major Depression erfüllt sind:

- Depressive Stimmung an fast allen Tagen, für die meiste Zeit des Tages
- Deutlich vermindertes Interesse oder Freude an allen oder fast allen Aktivitäten an fast allen Tagen
- Deutlicher Gewichtsverlust ohne Diät oder deutliche Gewichtszunahme
- Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf an fast allen Tagen
- Psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung an fast allen Tagen
- Müdigkeit oder Energieverlust an fast allen Tagen
- Gefühle von Wertlosigkeit oder übermäßige oder unangemessene Schuldgefühle an fast allen Tagen
- Verminderte Fähigkeit zu denken oder sich zu konzentrieren oder verringerte Entscheidungsfähigkeit an fast allen Tagen
- Wiederkehrende Gedanken an den Tod, wiederkehrende Suizidvorstellungen ohne genauen Plan, tatsächlicher Suizidversuch, Planung eines Suizidversuches

Neben der Major Depression bzw. der depressiven Episode (die Begriffe werden synonym verwendet) sind weitere depressive Formen beschrieben, die in Abbildung 1 dargestellt sind.

## Die Rolle der Pflegenden in der Versorgung und Betreuung von Menschen mit einer Depression

Die Hauptaufgabe der Pflege in der Versorgung depressiv erkrankter Menschen besteht darin, eine tragfähige Beziehung zum Patienten aufzubauen. Dabei sollte diese Beziehung von Offenheit und gegenseitigem Vertrauen geprägt sein.

Neben der therapeutischen Beziehungsgestaltung als Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Versorgung gibt es drei Bereiche, in denen Pflege eine besondere Bedeutung zukommt:

- Erkennen von Frühwarnzeichen
- Psychoedukative Strategien einschließlich der Förderung des „Selbstmanagement“
- Identifikation und Prävention von Suizid (vgl. Artikel von Lindner und Hirsch)

Depressive Patienten lehnen Beziehungsangebote seitens der Pflege, aber auch von anderen Personen aus ihrem Umfeld häufig ab und reagieren mit Rückzug. Ausgehend von ihren negativen Gedanken reden sie wenig, sind eher isoliert und denken, dass sie es nicht wert sind, dass man ihnen hilft. Wenn Pflegenden mit depressiven Menschen arbeiten, dann ist es wichtig, dass sie Ruhe und Wärme ausstrahlen und signalisieren, dass sie trotz allem zu dem Menschen stehen. Die Pflegeperson sollte im Kontakt empathisch, ehrlich und mitfühlend sein.

Dabei kann es eine große Herausforderung für die Pflege darstellen, einer Person, die auf entsprechende Beziehungsangebote mit Rückzug und Ablehnung reagiert, über einen längeren Zeitraum hin positive Gefühle entgegenzubringen. Diese Ablehnung der Beziehung durch den Patienten kann bei der Pflegeperson Gefühle von Wut, Aggression und Hilflosigkeit zur Folge haben. Die Pflegenden ärgert sich evtl. darüber, dass der Patient sich so hilflos gibt oder über die Zurückweisung von Beziehungsangeboten. Die unterschwellige Aggression, die der Patient sich und der Welt im Rahmen seiner Erkrankung entgegen bringt, überträgt sich in solchen Momenten auf die Umwelt.

Geduld und der Glaube daran, dass jeder Mensch sich verändern kann, dass Krankheitsphasen überwunden werden können, gehört demnach zu den wichtigen Tugenden, die es im Rahmen des Pflegeprozesses zu berücksichtigen gilt. Wenn diese Grundhaltung beständig verbal und nonverbal in Richtung des Patienten kommuniziert wird, so wird er i. d. R. nach einiger Zeit mit leisen Signalen dieses Beziehungsangebot erwidern.

### Weitere depressive Störungen

<b>Dysthyme Störung</b>	Die dysthyme Störung oder auch Dysthymia genannt, ist in vielerlei Hinsicht mit der depressiven Episode vergleichbar. Deren Symptome sind schwächer und erfüllen nicht die Kriterien einer Major Depression. Dafür liegen diese mindestens zwei Jahre ohne ausgeprägte Unterbrechung vor.
<b>Bipolare Störung</b>	Es wird von einer bipolaren Störung gesprochen wenn die Phasen der Depression und der Manie zweimal auftreten. Bei der bipolaren Störung sind die Stimmung und der Affekt gestört. Die Phasen der Depression dauern in der Regel länger, als die Phasen der Manie. Die Manie geht einher mit einer deutlich erhöhten Stimmung, die sich häufig als expansiv und reizbar darstellt. Neben der erhöhten Stimmung finden sich ein gesteigerter Antriebs- und Aktivitätendrang.
<b>Sonstige depressive Störungen</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Rezidivierende kurze depressive Episode</li><li>• Neurotischen Störungen</li><li>• Belastungsstörungen</li><li>• Somatoforme Störungen</li></ul>	Sollten depressive Symptome vorhanden sein, die aber nicht die Diagnosekriterien der Major Depression, der dysthymen Störung oder der bipolaren Störung erfüllen, wird von sonstigen depressiven (affektiven) Störungen gesprochen.

Vermieden werden sollten kontrollierende oder aggressive Zugewandenen, indem man z. B. den Patienten darauf hinweist, wie schön doch sein Leben eigentlich ist, oder eher unglückliche Empfehlungen gibt wie „Wird schon wieder gut“ oder „Sie sollten nicht so depressiv sein“. Da Menschen im Rahmen depressiver Krisen häufig keine Möglichkeit haben, die Welt nur deshalb anders zu sehen, weil sie von anderen dazu aufgefordert werden, werden sie auf solche Ansprachen verständlicherweise mit Rückzug reagieren.

Das Verständnis für den Patienten sowie die Akzeptanz der Situation durch die Pflegeperson ist von großer Bedeutung. Dies sollte aber nicht mit großen Sympathiebekundungen oder Identifikation mit der Situation des Patienten einhergehen, da dies die Möglichkeiten, von der Therapie zu profitieren, einschränken würde. Die Patienten fühlen sich in ihrer Hoffnungslosigkeit bestätigt, wenn die Pflegenden mit in ihre Depression eintauchen. Regelmäßige unterstützende Kontakte und Gespräche sollten auch dann zur Anwendung kommen, wenn der Patient zunächst wenig spricht. Selbst wenn es evtl. über einen längeren Zeitraum nicht gelingt, die Krise des Patienten aufzulösen, so ist es doch ein zentrales Merkmal pflegerischer Arbeit, dass man den Patienten in dieser Situation nicht alleine lässt. Neben dem Beziehungsbündnis signalisiert es dem Patienten: Er ist es wert, dass man sich um ihn kümmert.

Im Hinblick auf die Verlangsamung des Lebens, die mit depressiven Krisen einhergeht, sollte auch die Pflegeperson langsamer sprechen und mehr Zeit für Antworten lassen. Aus der Biographie sollten Aspekte herausgearbeitet werden, die Interessensgebiete

Abb. 1  
Weitere depressive  
Störungen



des Patienten deutlich machen. Daraus ergeben sich Möglichkeiten, den Gesprächen mehr Inhalt zu geben und Dinge zu besprechen, die dem Menschen in seinem bisherigen Leben Freude bereitet haben. Aber auch hier gilt es, behutsam vorzugehen: Der Verlust der Freude an früheren Hobbys kann auch negative Gedanken im Hinblick auf die jetzige Lebenssituation verstärken. Grundsätzlich gilt, dass die Beziehungsgestaltung zu depressiven Menschen sehr anspruchsvoll ist. Es ist wichtig, dass man mit Mitgliedern aus dem Team oder auch im Rahmen von Supervision über therapeutische Situationen spricht. Als große Ressource sollten erfahrene Pflegeexperten begleitend zur Verfügung stehen (Löhr & Schulz 2009).

Pflege arbeitet mit betroffenen Menschen an den Auswirkungen der Erkrankung auf das tägliche Leben. Gerade die Depression hat viele Auswirkungen, nicht nur auf die Betroffenen selbst, sondern auch auf das gesamte familiäre und weitere soziale Umfeld. Hier wird die Gesundheits- und Krankenpflege zukünftig ihren Fokus legen müssen, um den Menschen in seelischen Krisen, in ihrer Lebenswelt, die benötigte Unterstützung im Management ihrer Erkrankung bieten zu können.

#### Literatur

- Funk, M. et al. (2010) Mental Health and Development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. WHO (Hrsg.). Geneva
- Ganz, R.E., Schmutz, M., Krämer, G. (2003) Epilepsie und Depression: Neue Perspektiven zur Pathophysiologie und Behandlung einer herausfordernden Komorbidität. *Akt Neurol.* 30: 317-319
- Goodwin, F.K., Jamison, K.R. (1990) Manic-Depressive Illness. Oxford University Press.
- Horwitz, A.V., Wakefield, J.C. (2007) The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow Into Depressive Disorder. Oxford. Oxford University Press.
- Kappis, B., Petrak, F., Hardt, J., Nickel, R., Schmidt, B., Egle, U.T. (2005) Auf der Suche nach Angst und Depression: HADS-D bei Schmerzpatienten. *Psychother Psych Med.* 55: DOI: 10.1055/s-2005-863498
- Löhr M., Schulz M (2009). Grundlagen psychiatrischer Pflege. In: Schewior-Popp, S., Sitzmann, F., Ulrich, L. (Hrsg.) Thieme Pflege - Das Lehrbuch für Pflegenden in Ausbildung -. Thieme Verlag 11. vollständig, überarb. Auflage. S. 1301 - 1328
- Noelle, R. (2010) Demenz oder Depression? *Psych Pflege.* 16: 84-87
- Ott-Ordelheide, P., Tacke, D. (2011) Epilepsie und Depression – ein komplexes pflegerisches Handlungsfeld. *Psych Pflege* 2011. 17: 99-105
- Paulson, J.F., Bazemore, S.D. (2010) Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and Its Association With Maternal Depression: A Meta-analysis. *JAMA.* 303: 1961-1969.
- Petrak, F. (2008) Depression und Diabetes. *PiD - Psychotherapie im Dialog.* 9: 365-369
- Posternak MA, Miller I. (2001) Untreated short-term course of major depression: A meta-analysis of outcomes from studies using wait-list control groups. *Journal of Affective Disorders*;66(2-3):139-46.
- Preuss, U. W., Siafarikas, N., Petrucci, M., Wong, W.M. (2009) Depressive Störungen bei Demenzen und milder kognitiver Beeinträchtigung: Komorbidität, Ursache oder Risikofaktor? *Fortschr Neurol Psychiatr.* 77: 399-406
- Richter, D. (2010) Gibt es ein Recht auf Depression und Suizid? Zum Problem der Medikalisierung und Selbsttötung. IN Hahn, S., Schulz, M., Schoppmann S., Abderhalden, C., Stefan, H., Needham, I (Hrsg.) „Depressivität und Suizidalität“ Prävention – Früherkennung – Pflegeintervention – Selbsthilfe. Unterostendorf. Ibicura Verlag.
- Sit, D.K., Wisner, K.L. (2009) Identification of postpartum depression. *Clin Obstet Gynecol.* 52: 456-468.
- WHO (2004) The global burden of disease: 2004 update. Geneva.
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Klose, M., Ryl, L. (2010) Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 51 Depressive Erkrankungen. Robert Koch Institut (Hrsg.).



## ..... Evidenzbasierte Pflegeinterventionen für die Pflegediagnose Angst und die medizinische Diagnose Depression

- ..... Manuela Grieser, RN, Diplompflegewirtin FH, MaA Erwachsenenbildung, Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit
- ..... Stefan Kunz, Master of Science in Health Systems Management der University of London, PhD in Economics (Schwerpunkt Public Management) der University of Lugano, Hochschule Gesundheit Freiburg
- ..... Anna Hegedüs: Wissenschaftliche Mitarbeiterin Pflegeforschung, Universitäre Psychiatrische Dienste UPD Bern

Durch ihre Nähe zum Patienten kommt Pflegenden bei der Betreuung von depressiven Menschen eine besondere Aufgabe zu. Sie gestalten mit dem Patienten zusammen den Pflegeprozess und gehen auf dessen individuelle Bedürfnisse ein. Menschen mit Depression können verschiedene Pflegephänomene zeigen - die Pflegediagnose Angst ist eines der häufigsten. Eine Unterstützungshilfe bei der Planung von Pflegeinterventionen können Klassifikationssystem sein, beispielsweise das Nurses Intervention Classification System (NIC). Doch wie wirksam sind die für die Pflegediagnose Angst vorgeschlagenen Interventionen? Der folgende Beitrag gibt einen Einblick in unterschiedliche Studien zur Wirksamkeit von Pflegeinterventionen bei Depression und stellt einzelne Ergebnisse vor.

### 1. Hintergrund

Depressionen sind die weltweit häufigsten psychiatrischen Erkrankungen (Gilbody S. 2004). Bis 2020 werden sie gemäß Schätzungen der WHO die zweithäufigsten Erkrankungen nach den ischämischen Herzerkrankungen sein (WHO-World Health Organization 2009). Depression geht mit einem hohen Leidensdruck und einer deutlichen Einschränkung der Lebensqualität für Betroffene und deren Familiensystem einher (Rapaport M.H., Clary C. et al. 2005). Die Erkrankung nimmt bei zu später Diagnose und Fehlbehandlung einen ungünstigen Verlauf. Eine frühe Erfassung und Behandlung von depressiven Symptomen im primären und sekundären Behandlungsetting ist von entscheidender Bedeutung (Gilbody S., Bower P. et al. 2006). Untersuchungen weisen darauf hin, dass systematische Assessments, guidelinebasierte Behandlungen und qualitätsgeprüfte Pflegeinterventionen den Behandlungserfolg positiv beeinflussen (Kessler

R.C., Berglund P. et al. 2003). Die Profession der Pflege, welche den Vorteil der stetigen Präsenz beim Patienten hat, muss hier einen bedeutenden Beitrag leisten (Bowers L. 2005).

## 2. Einleitung

In der Literatur wird die Behandlung der Depression als suboptimal beschrieben (Gilbody S. 2004). Die Hauptprobleme liegen im Erkennen der Symptomatik, der kontinuierlichen Fallbegleitung und in der Koordination der Gesundheitsdienste (Bodenheimer T., Wagner E. et al. 2002).

Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner sind in der Lage, eine neue Rolle im Behandlungsprozess von Menschen mit depressiven Erkrankungen einzunehmen. Sie diagnostizieren zusammen mit dem Patienten Pflegeprobleme, sie erfassen Gesundheitsrisiken und erkennen behandelbare Gesundheitsprobleme (Thompson C. and Dowding D. 2002). Insbesondere die Nähe zum Klienten und dessen Familie bringt Pflegefachpersonen in die einzigartige Lage, schnell und umfassend den individuellen Fall des Patienten zu erfassen, die Pflegeprobleme und Behandlungsprobleme bei den Betroffenen zu identifizieren und diese zu behandeln, beziehungsweise an Therapeuten im interdisziplinären Team weiterzuleiten (Bowers L. 2005).

Damit Pflegefachpersonen strukturiert Pflegeprobleme bei Depression erfassen und eine pflegerische Behandlung einleiten können, kann es hilfreich sein, die häufigsten Pflegeprobleme, welche bei einer depressiven Erkrankung auftreten können, zu kennen. Häufige Pflegediagnosen bei Depression können z. B. Angst, die Risikodiagnose Suizidalität und/oder Mangelernährung sein..

In der vorliegenden Arbeit möchten wir uns mit der Pflegediagnose Angst näher befassen: Angst ist ein vages, unspezifisches Gefühl von Unwohlsein oder Furcht, welches zu einer autonomen Reaktion führen kann. Die Ursachen sind meist unklar und unbekannt für Betroffene. Es ist ein ureigenes Gefühl, welches Gefahr antizipiert. Es befähigt Individuen dazu, Gefahren abzuschätzen (Johnson M., Bulechek G. et al. 2001). Da Angst eine der häufigsten Pflegediagnosen bei Depression ist, sollten Pflegefachpersonen Interventionen kennen, die bei Betroffenen zur Angstreduktion führen können.

## 3. Fragestellung und Zielsetzung

Das Nurses Intervention Classification System (NIC) (Johnson M., Bulechek G. et al. 2001) ist ein mögliches Klassifikationssystem von Pflegeinterventionen. Es ist nach Pflegediagnosen gegliedert und wurde durch Expertenbefragungen und Dokumentenanalysen ermittelt. Welche Evidenz die einzelnen Interventionen haben, beschreibt das NIC nicht. Damit eine Pflegefachperson sowohl eigenes Wissen, eigene Erfahrungen und eigene

Grad	Interventionsstudie
1a	Homogene systematische Übersichtsarbeit/ Metaanalyse von RCTs
1b	einzelne RCT (mit engem Konfidenzintervall)
2a	Homogene systematische Übersichtsarbeiten/ Metaanalyse von Kohortenstudien
2b	Einzelne Kohortenstudien (inkl RCT minderer Qualität)
3a	Homogene systematische Übersichtsarbeit/ Metaanalyse von Fall-Kontroll-Studien
3b	Einzelne Fall-Kontroll Studien
4	Fallserien und qualitativ mindere Kohorten und Fall-Kontroll-Studien
5	Meinungen von Experten, Konsensuskonferenzen, Erfahrungen von Autoren

Intuition, aber auch Expertenwissen und genauso wissenschaftliches Wissen in ihre Alltagspraxis einbeziehen kann, sollte sie wissen, welche Qualität die angewendeten Interventionen haben.

Daraus ergibt sich folgende Fragestellung: Welche Pflegeinterventionen beschreibt das Nurses Intervention Classification System (NIC) (Johnson M., Bulechek G. et al. 2001) für die Pflegediagnose Angst und welchen externen Evidenzgrad (welche Studiendesignqualität) und welche interne Validität (Qualität der Studiendurchführung und der Studienergebnisse) haben diese?

## 4. Methode

Um die Fragestellung zu bearbeiten haben wir für die im NIC gelisteten Pflegeinterventionen in den Datenbanken Medline, Cochrane, Cinahl nach Studien gesucht. Wir haben ausschließlich peer reviewed Zeitschriften verwendet, d. h. Zeitschriften, die auf die Qualität der Artikel achten und diese vor der Veröffentlichung von sog. Reviewern lesen lassen. Der Fokus unserer Suche lag auf den Interventionen, die Ängste bei depressiven Patienten behandeln. Wir haben ausschließlich Studien verwendet, bei denen erwachsene Personen zwischen 20 und 60 Jahren behandelt wurden und haben die Behandlung postnataler Depressionen außer Acht gelassen.

Um den externen Evidenzgrad festzulegen, haben wir die Evidenzhierarchien von Behrens und Langer (2010) verwendet (siehe Abbildung 1).

Danach haben wir diejenigen Pflegeinterventionen, welche durch Studien untersucht wurden, bezüglich ihrer internen Validität untersucht, d. h. wir sind der Frage nachgegangen, ob es sich bei den Studien um Untersuchungen handelt, deren Ergebnisse aussagefähig sind. Wir bezogen uns hierbei auf Empfehlungen von Behrens und Langer (2010). Bei den Interventionsstudien bewerteten wir folgende Kriterien: Rekrutierung, Gruppenteilung, Verblindung, Homogenität der Untersuchungsgruppen, Stichproben-

Abb. 1  
Evidenzhierarchie nach  
Behrens und Langer  
(2010)



grösse, Ausfall von Probanden während der Studie, Übereinstimmung der Studienergebnisse mit anderen Untersuchungen.

Bei Metaanalysen werteten wir folgende Kriterien aus: klare Fragestellung, Einschlusskriterien, Literaturrecherche, Glaubwürdigkeit der einbezogenen Studien, Nachvollziehbarkeit der Beurteilung der verwendeten Studien, Homogenität, Übereinstimmung der Forscher bei den verwendeten Studien.

Die Einschätzung erfolgte jeweils durch zwei Personen, jedes Kriterium wurde einzeln mit einer Note zwischen 1 und 6 bewertet (1 = sehr gut und 6 = schlecht). Am Ende wurde zum besseren Verständnis eine Gesamtnote festgelegt.

## 5. Ergebnisse

Im Folgenden werden einzelne Studienergebnisse zur Wirksamkeit von Pflegeinterventionen bei der Diagnose Depression und Angst vorgestellt. Je nach Studiengrad und Evidenz sind diese in folgende drei Kategorien eingeteilt:

- Interventionen, die auf Expertenmeinung beruhen
- Interventionen, die wissenschaftlich gut bis befriedigend abgesichert sind
- Interventionen, die wissenschaftlich sehr gut abgesichert sind

### 5.1. Interventionen, die auf Expertenmeinung beruhen

Folgende Interventionen aus dem NIC erhalten in unserer Bewertung den Evidenzgrad 5 – Expertenmeinung:

1. Unterstützungsmöglichkeiten für den Patienten erfassen
2. Angst des Patienten reduzieren:
  - a. Ruhiger, sicherheitsfördernder Umgang (jedes Vorgehen genau erklären)
  - b. Versuche, das Erleben des Patienten in Stresssituationen zu verstehen
  - c. Vermittle Sicherheit und reduziere Gefahr
  - d. Rücken tätscheln, Hals tätscheln wenn angebracht
  - e. Ermittle die Entscheidungsfähigkeit des Patienten
  - f. Bevorzuge Objekte, die Sicherheit symbolisieren
  - g. Ermögliche die Verbalisierung von Gefühlen, Ängsten, Wahrnehmungen
  - h. Finde heraus, wenn sich das Angstlevel verändert
  - i. Hilf dem Patienten angstbesetzte Situationen zu identifizieren
  - j. Leite den Patienten bei Entspannungstechniken an
  - k. Unterstütze den Patienten bei der realistischen Beschreibung eines bevorstehenden Ereignisses
  - l. Suche zusammen mit dem Patienten Mechanismen, welche die Angst reduzieren, und unterstütze bei der Anwendung
  - m. Überwache Stimuli

### 5.2. Interventionen, die wissenschaftlich gut bis befriedigend abgesichert sind

Interventionen, deren Evidenz wissenschaftlich nur gut bis befriedigend abgesichert ist, sind im folgenden in Abbildung 2 dargestellt.

Intervention	Autor	Methode & Bewertung	Outcome
<b>Therapeutische Allianz</b> = Respekt, Verstehen, Offenheit, Einbezug, Kontinuität, Bewegung, Verantwortung	(Martin DJ., Garske JP. et al. 2000)	Metaanalyse von 73 Kohortenstudien 2a/3	Die Korrelation zwischen der Beziehungsqualität und dem Symptommessskalen (Depression, Angst) lag im Durchschnitt bei 0,22 (= niedrig)
<b>Passive Psychoedukation</b> Lernmaterial, Evaluation/ Reflexion, passive Psychoedukation erfolgt durch Broschüren, Poster, audio-visuelle Medien, Bücher, Internet, Software	(Donker T., Griffiths K.M. et al. 2009)	Metaanalyse von 5 RCTs 1a/3	Die Effekte von Psychoedukation auf Symptomreduktion (Depression/ Angst) lagen zwischen 0,07 (kein Effekt) bis 0,61 (signifikanter Effekt)
<b>Entspannungstechniken</b> Kundalini Yoga und Transzendente Meditation	(Krisanaprakornkit T, Sriraj W et al. 2009)	Metaanalyse von 2 RCTs 1a/ 4	Kundalini Yoga zeigt im Vergleich zur achtsamkeitsbasierten Meditation einen sehr grossen Effekt von 2,57 (aber N=7), Transzendente Meditation zeigt keinen Effekt im EMG- Elektromyografie und keinen Effekt im Vergleich zu Entspannungstraining

### 5.3. Interventionen, die wissenschaftlich sehr gut abgesichert sind

#### Telefonsupport kombiniert mit E-Learning- Hilfe

Das E-Learning-Programm für Betroffene ist eine neun Wochen dauernde Intervention, welche sich auf etablierte Selbsthilfebücher stützt. Es setzt sich aus neun Modulen zusammen. Jedes Modul enthält Informationen, Übungen und ein interaktives Quiz und endet mit drei abschliessenden Fragen, wie zum Beispiel: Beschreibe in Deinen Worten die für Dich wichtigste Lektion des Moduls. Beschreibe Deine persönliche Erfahrungen mit den Übungen und die Lerngewinne, welche Du durch die Übungen erzielt hast. Das gesamte Programm wurde durch einen Onlinetherapeuten begleitet, der die Lernfortschritte und die Vervollständigung der Übungen kontrollierte. Die zu lösenden

Abb. 2

Interventionen mit guter bis befriedigender interner Validität

Modulaufgaben versandten die Teilnehmer an den Onlinetherapeuten. Das Feedback zur Hausaufgabe wurde meist 24 Stunden nach Einsendung gegeben. Die Bewältigung der Aufgabe und die Rückmeldung durch den Therapeuten waren Voraussetzung für die Lernprogrammfortsetzung. Einmal wöchentlich führten zwei Therapeuten (Psychologiestudentinnen im letzten Semester) ein Telefongespräch mit den Probanden um positives Feedback zu geben und allfällige Fragen zu beantworten.

Die Studie, welche die Wirkung dieser Intervention auf soziale Phobien überprüft (Ekselius L., T. et al. 2007), wurde in den Niederlanden durchgeführt, Rating: externes Evidenzlevel 1b/ interne Validität 2. Vom Studiendesign ist sie eine randomisiert kontrollierte Studie (RCT). Das heißt, eine Gruppe von 29 über das Internet rekrutierten Betroffenen durchliefen das Programm und wurden verglichen mit einer Gruppe von 29 Personen einer Warteliste (die keine Intervention erhielten). Die Gruppe mit Intervention hat sich im Vergleich zu der Angst-Messungen vor der Intervention deutlich verbessert ( $t=6.3-7.2$ ,  $P<0.001$ ). Die Kontrollgruppe zeigte keine statistisch signifikante Verbesserung ( $t=0.4-1.2$ ,  $P>0.23$ ). Selbst ein Jahr nach der Intervention zeigte die Gruppe mit dem Edukationsprogramm noch eine deutliche Verbesserung auf allen Angstskalen im Vergleich zu der Kontrollgruppe ( $t=3.4-8.1$ ,  $P<0.003$ ).

### *Was ist zu bedenken, wenn man die Studienergebnisse in die Praxis transferieren möchte?*

Bei der Studie wurden Teilnehmer über das Internet rekrutiert. Dies bedeutet, dass sich nur Personen mit Computerkenntnissen anmelden konnten. Bei der Bewertung der Teilnehmer zeigte sich, dass es sich eher um bildungserfahrene Personen handelt. Auch ist davon auszugehen, dass die Betroffenen eher eine leichte bis mittlere Angstsymptomatik hatten, da sie sich freiwillig meldeten und den ersten Schritt tun mussten. Gleichzeitig konnte diese Intervention eine große Hilfe für diejenigen Betroffenen mit Angst sein, welche keiner anderen Behandlung zustimmen.

### *Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion*

Die Intervention besteht aus zwei Teilen, dem Erlernen der Achtsamkeit und einem Edukationsprogramm für Angstpatienten. Die Meditationsübungen wurden von zwei Experten auf diesem Gebiet entwickelt und für Angstpatienten angepasst. Das Meditationsprogramm besteht aus acht Lektionen:

- 1) Einführung, Bedeutung von Meditation und Achtsamkeit erklären, Stimulation des unteren Bauches/ Bewegung des unteren Bauches
- 2) Bewegung der oberen Extremitäten, Wiederholung Bauchübungen, Stretching
- 3) Fokussierung der Körperwahrnehmung, Entspannungsübungen, Edukation zum Thema Angst
- 4) Tiefe Meditation, Imagination, Edukation Coping bei Angst
- 5) Wiederholung Modul 2, 3, 4, Tiefenentspannung, Edukation: Bedeutung von Entspannung

- 6) Wiederholung Modul 2, 3, 4, Tiefenentspannung, Edukation: wie integriere ich Entspannung in meinen Alltag
- 7) Wiederholung Modul 2, 3, 4, Tiefenentspannung, Edukation: Koreanische Meditation
- 8) Tiefenentspannung, Auswertung des Programms

Die Studie, die die Wirkung von Achtsamkeitstraining auf die Angstsymptomatik prüft, wurde in Korea durchgeführt (Sang Hyuk Leea, Seung Chan Ahnb et al. 2007), Rating: externes Evidenzlevel 1b und interne Validität 2. Vom Studiendesign ist sie ein RCT. Es wurde eine Gruppe von 24 Patienten mit der Diagnose Angst mit achtsamkeitsbasierter Meditation über acht Wochen behandelt. Eine zweite Gruppe mit 22 Klienten wurde gleichzeitig mit einem Edukationsprogramm behandelt; hier erzählte ein Arzt einmal pro Woche über neurobiologische Aspekte von Angst. Bei beiden Gruppen wurde die Angst mit Hilfe von Messinstrumenten vor der Intervention sowie nach 2,4 und 8 Wochen gemessen. Die Meditationsgruppe zeigte über die Messungen eine stetige Angstreduktion (auf der HAM-A Sakale,  $P=.00$ ; auf der anxiety subscale of SCL-90-R,  $P=.00$ ). Dies sind hochsignifikante statistische Effekte.

### *Sport*

Bei den sportlichen Interventionen handelt es sich um Walking, Rennen, Aerobic, Joggen oder Gymnastik, welche zwischen 20 und 45 Minuten dauerten und zwei- bis viermal pro Woche durchgeführt wurden.

Die Studie, welche die Wirkung von Sport auf die Angstsymptomatik untersuchte, war eine Metaanalyse von RCTs und einem integrierten qualitativen Review. Sie wurde in den USA durchgeführt (Stathopoulou G., Powers M. et al. 2006), Rating: externes Evidenzlevel 1b und interne Validität 2. Es wurden 11 RCTs in diese Metaanalyse integriert. Es wurden fünf Studien einbezogen, die Sport mit „keiner Behandlung“ verglichen, drei Studien verglichen intensive, strukturierte Sportprogramme mit leichten sportlichen Übungen, eine Studie verglich Sport mit Meditation und eine verglich Sport mit Gesundheitsedukation. Diejenigen Studien, die Vergleiche zu „keiner Intervention“ (Warteliste) zogen, zeigten die grössten Effekte. Die einbezogenen Studien waren alle von guter bis zufriedenstellender Qualität. Die Metaanalyse wurde mit guter Qualität beurteilt. Einschränkungen zeigten sich lediglich dadurch, dass keine Homogenitätstests durchgeführt wurden, die Stichproben teilweise sehr klein waren (z. B.  $N=18/N=19$ ) und die Bewertungen der Studien, welche in die Analyse einfließen, nicht explizit nachvollziehbar waren.

Bringt man alle Studien zusammen und misst man die Effektstärke, zeigt sich, dass Sport einen sehr hohen Effekt ( $d=1.42$ ) auf die Symptomatik bei Depression im Allgemeinen hat (welche den Faktor „Angst“ integriert).

Studien, welche aus Heterogenitäts-Gründen nicht in die Metaanalyse einbezogen werden konnten, wurden in einem qualitativen Review ausgewertet. Bezüglich Angst wurden folgende Ergebnisse publiziert: Eine Studie von Brooks (Brooks A., Bandelow B. et al.

1998) untersuchte die Medikation mit Anxiolytica (Clomipramine) im Vergleich zu Sport. Kurzfristig waren Medikamente wirksamer, aber langfristig (nach 10 Wochen) zeigten sportliche Aktivitäten gleich gute Effekte.

## 6. Schlussfolgerung

Nach unsere Literaturrecherche und der Beurteilung der Studien kommen wir zu dem Schluss, dass es einige vielversprechende evidenzbasierte Interventionen zur Pflege-diagnose Angst bei Depression gibt. Gleichzeitig wird ein großes Pflegeforschungsdefizit offenbart. Keine der gefundenen Studien wurde von der Pflegeprofession durchgeführt. Wenn die Pflege zukünftig der Forderung evidenzbasiert zu arbeiten nachkommen möchte, müssen dringend pflegerische Outcomes wissenschaftlich untersucht werden.

### Literatur

Behrens J. and Langer G. (2010). Handbuch Evidence-based Nursing. Bern.

Bodenheimer T., Wagner E., et al. (2002). „Improving primary care for patients with chronic illness- the cronic care model. Part 2.“ Journal of American Medical Association 288: 1909-1914.

Bower P., Gilbody S., et al. (2006). „Collaborative care for depression in primary care.“ British Journal of Psychiatry 189: 484-492.

Bowers L. (2005). „Reason for admission and their implications for the nature of acute inpatient psychiatric nursing.“ Journal of Psychiatric and Mental Helath Nursing 12: 231-236.

Brooks A., Bandelow B., et al. (1998). „Comparison of aerobic exercise on anxiety sensitivity.“ Behavior Research and Therapy 42: 125-136.

Donker T., Griffiths K.M., et al. (2009). „Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis.“ BMC Medicine 7(79).

Ekselius L., F. T., et al. (2007). „Treatment of social phobia: randomised trial of internet-delivered cognitive-behavioural therapy with telephone support.“ The british journal of psychiatry with telephone support 190: 123-128.

Gilbody S. (2004). „What is the evidence on effectiveness of capacity building by primary health care professionals in the detection, managment and outcome of depression?“ Copenhagen. WHO Regional Office of Europe - Health Evidence Network report <http://www.euro.who.int/Document/E86602.pdf>(Accessed 14.01.2009).

Gilbody S., Bower P., et al. (2006). „Collaborative care for depression: a systematic review.“ Psychological Medicine 36(7-14).

Johnson M., Bulechek G., et al. (2001). Nursing Diagnoses, Outcomes and Interventions. NANDA, NOC, and NIC Linkages. St. Louis, London, Philadelphia, Sydney, Toronto.

Kessler R.C., Berglund P., et al. (2003). „The epidemiology of major depressive disorders: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R).“ JAMA 289(23): 3095-3105.

Krisanaprakornkit T, Sriraj W, et al. (2009). „Meditation therapy for anxiety disorders (Review)“. Chochrane review.

Martin DJ., Garske JP., et al. (2000). „Relation of the Therapeutic Alliance With Outcome and Other Variables: A Meta-Analytic Review.“ Journal of Consulting and Clinical Psychology 63(3): 438-450.

Ormel J., Oldehinkel A.J., et al. (2004). „Psychosocial disability before, during and after a major depressive episode: a 3-wave population-based study of state, scar, and trait effects.“ Arch Gen Psychiatry 61: 387-392.

Ormel J., Von Korff M., et al. (1994). „Common mental disorders and disabilities across cultures. Result from WHO Collaborative Primary Care Study.“ Journal of the American medical Association 272: 1741-1748.

Rapaport M.H., Clary C., et al. (2005). „Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders.“ Am J Psychiatry 162: 1171-1178.

Sang Hyuk Leea, Seung Chan Ahnb, et al. (2007). „Effectiveness of a meditation-based stress management program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with anxiety disorder.“ Journal of Psychosomatic Research 62: 189- 195.

Stathopoulou G., Powers M., et al. (2006). „Exercise Interventions for Mental Health: A Quantitative and Qualitative Review.“ Clinical Psychology: Science and Practice 13: 179-193.

Thompson C. and Dowding D. (2002). Clinical Decision Making and Judgement in Nursing. Edinburgh, London, New York, Oxford, Philadelphia, St. Louis, Sydney, Toronto.

Von Korff M.M., Ormel J., et al. (1992). „Disability and Depression among high utilizers of health care: a longitudinal analysis.“ Arch Gen Psychiatry 49: 91-100.

Wells K.B., Stewart A., et al. (1989). „The functioning and well - beeing of depressed patients: results from the Medical Outcome Study.“ JAMA 262: 914-919.

WHO- World Health Organization (2009). „WHO health topics- depression.“ [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definitionen/print.html](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definitionen/print.html) Accessed 26.11.2009.



# ..... Suizid und Suizidalität – Aspekte für Pflegeberufe in Deutschland. Ist-Zustand, Probleme und Perspektiven

..... *Priv. Doz. Dr. med. Reinhard Lindner, Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf*

Suizidale Patienten finden sich in nahezu allen Bereichen der Gesundheitsversorgung. Professionellen Helfern im Gesundheitswesen, vor allem Pflegenden kommt daher auch bei der Suizidprävention eine besondere Rolle zu. Der pflegerische Umgang mit suizidalen Patienten beginnt mit dem Erkennen der (manchmal verdeckten) Suizidalität und führt über das entlastende Gespräch und der Kommunikation im Team zur Vermittlung weiterer Hilfen. Konkrete Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten im europäischen Raum werden genannt.

## Begriffsdefinition

Der Suizid ist die mit eigener Intention herbeigeführte Selbsttötung. Der Suizidversuch ist der Versuch der Selbsttötung, ohne dass dies gelingt. Alle Gedanken, Gefühle und Handlungen, die auf Tötung des eigenen Lebens ausgerichtet sind, lassen sich unter dem Begriff der Suizidalität fassen (Wolfersdorf 2000). Suizidalität lässt sich verstehen als Ausdruck der Zuspitzung einer seelischen Entwicklung, in der der Mensch verzweifelt über sich selbst, sein eigenes Leben ist und keine Hoffnung und Perspektiven sieht. Selbstentwertung, Verachtung und wahnhafte Impulse der Rache können sich steigern und in Wut und Ärger umschlagen. Hinzu kommen Gefühle der Ausweglosigkeit, Hilflosigkeit und Schuldgefühle, die bei zunehmender Intensität entdifferenzieren können. Die zentrale Angst besteht vor Verlust und zwar sowohl vor dem Verlust wichtiger Menschen als auch vor dem Verlust wichtiger Fähigkeiten und Aspekte der eigenen Person. Zum Beispiel droht Kontrollverlust bei Überschwemmung durch eigene Affekte oder der Verlust zentraler Lebenswünsche und -ziele, wenn die eigene psychische und soziale Realität nicht mehr verleugnet werden kann.

Suizidale Fantasien können um den Wunsch zu sterben, den Wunsch nach Ruhe, nach einer Pause, oder nach einer Unterbrechung im Leben kreisen. Gedanken an den Suizid können zwanghaft, impulsiv oder raptusartig mit hohem Handlungsdruck auftreten. Auslöser sind dabei vorrangig interpersonelle Konflikte, Trennungen oder der Tod von wichtigen Bezugspersonen sowie Kränkungen, berufliche Probleme, schwere Erkrän-

kungen und – besonders im hohen Lebensalter – Vereinsamung und Selbstwertverlust (Fiedler et al. 1999).

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

## Epidemiologie

Im Jahr 2007 suizidierten sich in Deutschland insgesamt 9402 Personen, davon 7009 Männer und 2393 Frauen. Dabei waren 3993 Personen (entspricht 42,4%) über 60 Jahre alt, 2790 Männer (entspricht 39,8%) und 1203 (entspricht 50,3 %) Frauen. Die Suizidraten, d. h. die Zahl der Suizide bezogen auf 100.000 Einwohner lagen dabei insgesamt bei 11,4 (Männer: 17,4, Frauen: 5,7). Im Gegensatz dazu werden Suizidversuche häufiger im jüngeren Lebensalter verübt, dann deutlich öfter durch Frauen. Der Suizid trägt die Handschrift des Alters. Dies zeigt sich im sogenannten „ungarischen Muster“, der Altersverteilung der Suizidraten. Demnach nehmen die Suizidraten im Alter, insbesondere für Männer deutlich zu. Das Suizidrisiko steigt mit dem Alter nach einem Suizidversuch: Verglichen mit Jüngeren suizidieren sich Ältere nach einem Suizidversuch ungleich häufiger. Die Hauptmotive älterer Suizidenten sind Verlust des Partners, Verlust des sozialen Netzwerks und Einschränkung der persönlichen Handlungsfreiheit. Ältere wenden überwiegend „harte“ Suizidmethoden, wie z. B. Erhängen, Erschießen und „Sprung aus der Höhe“ an. Psychiatrische Co-Morbiditäten sind häufig: Bei 50-80% der älteren Suizidopfer lag eine affektive Störung vor.

## Suizid und Suizidalität – allgemeine versorgungsorientierte Problem- und Handlungsfelder

Der Suizid stellt immer noch ein gesellschaftliches Tabu dar. Obwohl medial durchaus sehr präsent ist die gesellschaftliche Aufmerksamkeit für Suizid und Suizidalität gering. Dies zeigt sich unter anderem in der Missachtung dieses Themas in den medizinischen und sozialen Ausbildungen. Öffentlichkeitsarbeit im gesellschaftlichen Raum und Fort- und Weiterbildung im professionellen Bereich dienen der Bewusstmachung der Ursachen und Folgen suizidalen Erlebens und Verhaltens und kann direkt suizidpräven-

tiv wirken. Dabei ist von großer Bedeutung, überhaupt an die Möglichkeit zu denken, im eigenen privaten, aber auch beruflichen Bereich auf eine Person zu treffen, die erwägt, ihrem Leben ein Ende zu setzen. Sodann sind Kenntnisse über Kommunikationsmöglichkeiten mit Suizidalen notwendig und zwar jeweils abhängig von der jeweiligen Funktion, mit der man mit dem Betroffenen in Kontakt ist. Als Angehöriger oder Freund kann und sollte man anders mit einem Suizidalen sprechen, als im professionellen Bereich. Zudem ist die Kenntnis über Hilfsmöglichkeiten bei Suizidalität in allen gesellschaftlichen Bereichen nötig.

Im professionellen Bereich ist die Kenntnis von Auslösern und Ursachen der Suizidalität, der Kommunikationsmöglichkeiten mit Suizidalen und der Behandlungsmöglichkeiten bei Suizidalität besonders für Gesundheits- und Krankenpfleger, Ärzte, Psychologen, Sozialpädagogen und Theologen von praktischer Bedeutung. Diese Berufsgruppen sind Garanten im juristischen Sinn und müssen erkennen können, ob eine Person frei verantwortlich entscheidet oder in seiner Entscheidungsfähigkeit krankheitsbedingt eingeschränkt ist. Das Eingreifen eines Garanten bei „frei verantwortlichem Suizid“ wird inzwischen von einschlägiger juristischer Seite nicht mehr gefordert. Ein entsprechendes Grundsatzurteil des höchsten Gerichts steht allerdings noch aus.

## Suizidalität in pflegerischen Praxisfeldern

Suizidale Patienten finden sich in beinahe allen pflegerischen Praxisfeldern. Da Suizidalität sowohl mit körperlichen als auch mit psychischen Erkrankungen einhergeht, müssen pflegende Professionelle mit Patienten rechnen, die mit dem mehr oder weniger dringlichen Gedanken befasst sind, ihrem Leben selbst ein Ende zu setzen (Ames et al. 1994, Wolfersdorf 2000).

In der psychiatrischen Pflege ist der Anteil suizidaler Patienten besonders hoch, da psychische Erkrankung, besonders affektive Störungen, Alkoholabhängigkeit und psychotische Störungen mit einer deutlich erhöhten Suizidrate einhergehen (Harris et al. 1997).

Derzeit gilt die stationäre Behandlung suizidaler Patienten als die am weitesten verbreitete Behandlung. Allerdings werden viele suizidale Patienten mit psychiatrischen Diagnosen auch ambulant behandelt. Eine ambulante Versorgung ist dann möglich, wenn die professionellen Beziehungen als ausreichend haltgebend erlebt werden können und im ambulanten Bereich Strukturen bestehen, auch belastende Beziehungen zu Patienten zu tragen und zu verstehen.

In der stationären Psychiatrie gilt meist das Behandlungsparadigma der „sichernden Fürsorge“, besonders bei akuter Suizidalität (Wolfersdorf 2000). Hierunter wird eine

annehmende und entlastende pflegerische oder ärztliche Behandlungsbeziehung verstanden, die bei mangelnder Selbstfürsorge auch Schutzmaßnahmen bis hin zur Zwangsunterbringung beinhaltet.

Die Behandlung der Suizidalität kann, muss aber nicht eine medikamentöse Behandlung enthalten, wobei in der akuten Phase die Beruhigung durch Benzodiazepine oder Neuroleptika, wie auch die Regulation des Nachtschlafs (z. B. mit benzodiazepinähnlichen Sedativa) im Vordergrund steht. Eine spezifische antisuizidale Wirkung konnte bisher nur bei Lithium bei bipolarer Störung nachgewiesen werden. Gute Erfahrungen konnten auch mit Psychotherapie bei Suizidalität erzielt werden, insbesondere in Settings, die der Dringlichkeit, Ambivalenz und Beziehungsstörung vieler Suizidaler angepasst sind (z. B. Fiedler et al. 2007).

Im pflegerischen Kontext, besonders in somatischen Fächern ist das Erkennen und Reagieren auf Lebensmüde und suizidale Äußerungen von Patienten besonders wichtig. Dabei steht an erster Stelle, überhaupt daran zu denken, dass ein Patient, der besonders zurückgezogen, wenig erreichbar und „sonderbar“ erscheint auch suizidal sein könnte (Lindner et al. 2003, Lindner 2009). Dann ist es notwendig, taktvoll, aber doch gezielt das Gespräch über Suizidalität mit dem Patienten zu suchen, über praktikable, schnell erreichbare Hilfsmöglichkeiten informiert zu sein und schnell spezifische Hilfe zu veranlassen (Lindner et al. 2009).

### *Suizid und Suizidalität in der psychiatrischen Pflege*

Gerade in der psychiatrischen Krankenpflege ist die Interaktion mit suizidalen Patienten von großer Bedeutung. Durch ihre spezifische Nähe zum Patienten können Pflegende Vertrauen, Akzeptanz und Unterstützung vermitteln, jedoch auch in schwierige und belastende Situationen verstrickt werden. Zentral ist dabei, aus einer professionellen, persönlichen Haltung heraus mit dem Patienten zu sprechen und sich nicht in scheinbar exklusiv-geheimnistragende Beziehungen zu begeben. Da Suizidale oftmals eine besondere Sensibilität für Trennungen und Kränkungen haben ist es von großem Wert, mögliche Trennungserfahrungen zu antizipieren und mit den Patienten zu besprechen. Hierzu zählen nicht nur die bevorstehende Entlassung, sondern auch „kleinere“ Unterbrechungen im Kontakt, wie ein Urlaub oder z. B. ein Wochenendfrei der Bezugsschwester. Der Umgang mit suizidalen Patienten bedarf sowohl der Intervention im Team als auch der Supervision, weil Einzelne, aber auch das gesamte Team gerade von dieser Patientengruppe in destruktive Beziehungsmuster verstrickt werden können, die nicht auffallen und nur durch die Betrachtung durch einen geschulten Blick „von Außen“ – auch außerhalb der Hierarchie – erkannt werden können.

Besonderes Augenmerk verdient auch der Umgang mit einem stattgehabten Suizid auf Station. Es zählt zu den Grundformen des Qualitätsmanagements psychiatrischer

Pflege, jeden Suizid oder auch schweren Suizidversuch im Team zu besprechen. In einer derartigen „Suizidkonferenz“ steht dann das Erleben der beteiligten Professionellen und ein Verstehen der Beziehungsdynamik, die dem Suizid vorausging, ganz im Vordergrund, um die Arbeitsfähigkeit des Einzelnen und des Team aufrecht zu erhalten oder wiederherzustellen. Davon unabhängig sollten regelmäßig im Rahmen des Qualitätsmanagements juristische und hierarchische Verantwortlichkeiten, Handlungsabläufe und konkrete suizidpräventive Maßnahmen (z. B. baulicher Art) geklärt, festgelegt und kommuniziert werden.

### *Suizid und Suizidalität in der geriatrischen Pflege*

In einem spezialisierten Konsil-/Liaisondienst für depressive, rückzügige, suizidale und lebensmüde stationär-geriatrische Patienten wurden 4.4% aller geriatrischen Patienten behandelt, davon waren 62.5% suizidal. In einem Konsil-/Liaisondienst, der alle psychosomatischen Störungen und Probleme umfasste, waren 7.9 % aller behandelten Patienten lebensmüde und 10.5% suizidal.

Suizidalität und Lebensmüdigkeit spielen demnach gerade in den medizinischen Fächern, die alte und multimorbide Patienten behandeln (somit besonders in der Geriatrie) eine wichtige Rolle.

Bei Lebensmüdigkeit liegt keine eindeutige Vorstellung und Planung vor, wie der Patient durch eigene Hand sterben will. Es wird lediglich gewünscht, nicht mehr lange leben und leiden zu müssen. Bei Suizidalität gibt es immer Vorstellungen und Pläne, wie das Leben beendet werden sollte, verbunden mit einem mehr oder weniger ausgeprägten Handlungsdruck.

Der Umgang mit Suizidalität in einem somatischen Fach ist dann ähnlich dem in der stationären Psychiatrie: Am Wichtigsten ist auch hier, überhaupt daran zu denken, sich dem Gespräch mit dem Patienten zu öffnen. Das Gespräch ist oftmals bereits sehr entlastend. Es sollte mit der Zusage verbunden werden, über die Situation des Patienten nachzudenken, sie im Team zu kommunizieren und Hilfe zu suchen. Diese kann im Krankenhaus durch einen Konsil-/Liaisondienst erfolgen oder aber durch eine Empfehlung zu weiterer psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung nach Entlassung. Zentral ist, die Äußerungen des Patienten ernst zu nehmen und realistische Hilfe zu suchen.

## **Suizid und Suizidalität – pflegeorientierter Kompetenzerwerb**

Um Kompetenzen auf dem Gebiet der Suizidalität zu entwickeln, bietet die Homepage des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland Informationen über Suizidprävention im Allgemeinen an ([www.suizidpraevention-deutschland.de/Home](http://www.suizidpraevention-deutschland.de/Home)).

html). Über Suizidalität bei Älteren informiert eine Broschüre zum Thema „Wenn das Altwerden zur Last wird“ ([www.bmfsfj.de](http://www.bmfsfj.de)).

Kompetenzerwerb in Suizidprävention und Suizidologie ist für pflegerische Berufe besonders in Fort- und Weiterbildungen möglich. Das schwedische Karolinska Institutet, Department of Public Health Sciences bietet ein spezialisiertes Weiterbildungsprogramm (<http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?a=10989&d=3870&l=en>) wie auch das norwegische „Chain of care program for suicide attempters in hospitals“ ([http://www.med.uio.no/ipsy/ssff/english/index\\_english.html](http://www.med.uio.no/ipsy/ssff/english/index_english.html)).

Im deutschsprachigen Bereich bietet die Schweiz über die Suizidpräventionsorganisation Ipsilon (<http://www.ipsilon.ch>) ebenfalls Fortbildungsmöglichkeiten an. Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft „Ältere“ des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland bieten Fortbildungsmöglichkeiten in Form von Seminaren, Workshops und Fachgesprächen an. Informationen darüber sind im Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf erhältlich ([www.uke.de/extern/tzs/](http://www.uke.de/extern/tzs/)). Ein Foliensatz für aktuelle Fortbildungsveranstaltungen zu Suizidalität im Alter wird von der Arbeitsgemeinschaft 2011 veröffentlicht ([www.mabuse-verlag.de](http://www.mabuse-verlag.de)).

### **Literatur**

- Ames D., Tuckwell, V. (1994): Psychiatric disorders among elderly patients in a general hospital. In: The Medical Journal of Australia, 160:671-675
- Fiedler, G., Altenhöfer, A., Gans, I., Gerisch, B., Lindner, R., Götze, P. (2007): Suizidalität und Psychotherapie. Das Hamburger Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete. In: Suizidprophylaxe, 34 (3): 113 – 122
- Gerisch, B., Fiedler, G., Gans, I., Götze, P., Lindner, R., Richter, M. (2000): Ich sehe dieses Elendes kein Ende als das Grab“: Zur psychoanalytischen Konzeption von Suizidalität und der Behandlung Suizidgefährdeter. In: Kimmerle, G. (Hrsg.): Zeichen des Todes in der psychoanalytischen Erfahrung. Tübingen: Edition diskord, 9-64
- Harris, E.C., Barraclough, B. (1997): Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. In: British Journal of Psychiatry, 170: 205 – 228
- Lindner, R., Fiedler G., Götze, P. (2003): Diagnostik der Suizidalität. Dtsch Ärztebl, 100: A 1004 – 1007
- Lindner, R. (2009): Aggression und Rückzug bei Suizidalität im Alter. Eine Kasuistik. Suizidprophylaxe, 36: 42-46
- Woltersdorf, M. (2000): Der suizidale Patient in Klinik und Praxis: Suizidalität und Suizidprävention. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
- Lindner, R., Rösler, A. (2009): Depression und Suizidalität im Alter. In: v. Renteln-Kruse, W. (Hrsg.): Medizin des Alterns und des alten Menschen (2. Aufl.). Heidelberg: Steinkopff Verlag, 149 – 159





# .... Suizidalität im Alter – Ein unterschätztes oder geduldetes Phänomen?

.... Prof. Dr. Dr. med. Rolf-Dieter Hirsch, Bonn

Alte Menschen sind besonders suizidgefährdet. Ihre Lebenssituation kann sich durch körperliche, seelische und soziale Belastungen so verschlechtern, dass sie keinen Ausweg sowie keine Hilfe mehr sehen und daher ihr Leben beenden wollen. Während die Gesamtzahl der Suizide in Deutschland in den letzten Jahren insgesamt leicht zurückging, stieg die Zahl der Selbsttötungen bei alten Menschen, vor allem bei Frauen, an. Was spiegelt dies für eine Gesellschaft wider, wenn man bedenkt, dass dem Suizid immer konkretes Leid und Ausweglosigkeit vorangeht? Und wie kann Suizidprävention hier – individuell, strukturell, gesellschaftlich und sozialpolitisch – aussehen?

## Einführung

Wie geht es uns, wenn wir vom Suizid eines 80-jährigen hören? Uns allen sind Reaktionen wie „er hat sein Leben gelebt“, „was hätte ihn schon noch erwartet“ bekannt. Auch das Argument „er wollte niemandem mehr zur Last fallen“ kennen wir. Indirekt wird damit ein Suizid fast noch verherrlicht als eine eher gute, altruistische, nachahmenswerte Tat im Sinne „er hat sich für andere geopfert“. Auch in Zeitungsmeldungen wird dem Suizid Älterer besonderes „Verständnis“ entgegengebracht.

Klostermanns (2006) Untersuchungen über Abschiedsbriefe von alten Menschen weisen darauf hin, dass alte Menschen sich nicht spontan für den Suizid entscheiden. Bereits lange vor dem Ereignis besteht der Wunsch, unter bestimmten Umständen „früher zu sterben“. Für die Mehrzahl dieser alten Menschen war die Vorstellung, das „Selbst“ zu verlieren, in Abhängigkeit zu geraten oder hilflos auf die Hilfe und Versorgung anderer angewiesen zu sein, so belastend, dass sie „am Lebensende keinen Lebenssinn und Lebensmut mehr für ihr Weiterleben fanden“ (Klostermann, 2006, S. 36). Freud schrieb mit 54 Jahren an seinen Freund Pfister (1963, S. 32): „... Darum habe ich bei aller Ergebung in das Schicksal, die einem ehrlichen Menschen geziemt, doch eine ganz heimliche Bitte, nur kein Siechtum, keine Lähmung der Leistungsfähigkeit durch körperliches Elend“. Sein Lebensende wurde mit einer überhöhten Morphingabe beschleunigt.

## Epidemiologie

Die Anzahl der Suizide betrug im Jahr 2007 insgesamt 9402. Von diesen waren 3993 60-jährige und Ältere. Die Suizidziffer der über 60-jährigen betrug 19/100.000 Einwohner (Männer: 31/100.000; Frauen 10/100.000) im Jahr 2007 (Schmidtke et al 2009)). In den

letzten Jahren ist die Suizidrate insgesamt leicht gesunken. Dies trifft allerdings nicht auf die alten Menschen zu. blieb die Rate bei über 60-jährigen Männern auch relativ stabil, so ist sie bei den über 60-jährigen Frauen deutlich gestiegen. Fast jeder zweite Suizid einer Frau in Deutschland wird von einer über 60-jährigen ausgeübt!

In den meisten westlichen Ländern folgen die Suizidziffern dem so genannten „ungarischen Muster“, d. h. mit zunehmendem Alter steigen die Suizidziffern an (Schmidtke et al. 2002). In vielen Ländern haben die Suizidziffern auch zwei Gipfel: neben einem Gipfel der jungen Bevölkerung auch einen bei den über 75-jährigen.

Aufgrund spezifischer Probleme der Todesursachen im Alter wird die Größe der Suizidproblematik sicherlich unterschätzt (Schmidtke et al. 2002). Ältere Altersgruppen weisen eine spezifische Dunkelzifferproblematik auf. Bei ihnen sind vor allem so genannte indirekte Selbsttötungen bzw. der so genannte „psychogene Tod“ häufig schwer zu klassifizieren. Zu den ersteren gehört z. B. das Nichtbefolgen ärztlicher Anweisungen bei bestimmten Erkrankungen und das Einstellen der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr mit der Absicht zu sterben. Auch zunehmende Verwahrlosung mit der Absicht der Selbstschädigung ist zu beobachten. Schon Nelson & Farberow (1980) wiesen darauf hin, dass vor allem bei älteren pflegebedürftigen Patienten eine hohe Rate eines solchen indirekten selbstdestruktiven Verhaltens zu unterstellen ist. Ferner ergibt sich eine besondere Dunkelzifferproblematik aufgrund häufigerer Vorbehandlungen. Über- oder Unterdosierungen von verschriebenen Medikamenten sind aber Methoden, die vor allem bei suizidalen älteren Menschen sehr häufig zu finden sind.

Die Anzahl der Suizidversuche wird auf das Zehnfache geschätzt. Angenommen wird, dass sich ca. alle 6 Minuten in Deutschland eine Person das Leben nehmen will. Die Altersverteilung der Suizidversuche ist der der Suizide entgegengesetzt. Ca. 7% der Suizidversuche wird von über 60-jährigen durchgeführt (davon 40% Männer).

## Ursachen und Risikofaktoren

Betrachten wir die Ungleichheit des Umgangs mit dem Phänomen Suizid in der Jugend und im Alter, so sind wir bei der Wertfrage, der Frage, was ein Alter und damit aber auch, was ein Mensch wert ist. Diese doppeldeutige, eigentlich aber dreideutige Frage (ethisch, monetär und arbeitsplatzschaffend) dürfte eine Besonderheit bei dem Problembereich des Suizids im Alter sein, die es bei anderen Altersgruppierungen so nicht gibt.

Auf die Erklärungsansätze der Suizidalität im Alter kann hier nur auf die einschlägige Literatur verwiesen werden (Erlemeier 2001, Hirsch et al. 2002, Kind 1996, Teising 1992, Wolfersdorf & Schüller 2005). Aus psychodynamischer Sicht wird Suizidalität als narzisstische Krise begriffen. Diese kann entstehen, wenn z. B. sehr kränkende Verluste

körperlicher oder sozialer Art auftreten, die nicht verarbeitet werden können und zur Selbstaufgabe führen. Aus verhaltenstheoretischer Sicht ist eine suizidale Handlung zunächst nur eine subjektiv sinnvolle Problemlösungsstrategie, wenn eine Person keine andere Handlungsalternative hat.

Nach den heute vorliegenden Erkenntnissen können drei Risikobereiche für Suizidalität im Alter als gesichert gelten (Hirsch et al. 2008):

- Psychische Erkrankungen, vor allem Depressionen, Suchterkrankungen und Anpassungsstörungen. Weltweit gelten depressive Erkrankungen als Hauptrisiko­faktor für Suizidhandlungen. Es ist bekannt, dass Depressionen im Alter, die häufig in körperlichen Beschwerden zum Ausdruck kommen, oft nicht erkannt und angemessen behandelt werden.
- Körperliche Erkrankungen, oft in Begleitung mit chronischen und schmerzhaften Leiden und insbesondere deren subjektive Bewertung.
- Soziale Verluste, Beziehungsprobleme und interpersonelle Konflikte, Kränkungen und Einsamkeitsgefühle.

Grundsätzlich gilt, dass suizidales Verhalten im Alter nicht durch Einzelfaktoren erklärt werden kann (Erlemeier 2002), sondern mehrere ineinander greifen und sich gegenseitig verstärken können. Allerdings ist die objektive Schwere einer Erkrankung allein noch kein zwingender Grund für einen Suizid (Summa 1986). Die subjektive Einschätzung, die Befürchtungen und Ängste, was alles im Verlauf einer Erkrankung entstehen kann, fördern den Suizidimpuls erheblich stärker.

### Bilanzsuizid

Gerne wird der Begriff „Bilanzsuizid“ verwendet, ohne diesen kritisch zu hinterfragen. Jeder, der mit suizidalen alten Menschen zu tun hat, wird mit diesem Problembereich konfrontiert (Leidinger 2002). Je älter ein Suizident ist, desto eher wird - auch von Angehörigen von Heilberufen - sein Suizid akzeptiert. Paschenda & Wedler (1991) sprechen von einer „neuen öffentlichen Toleranz“ des Suizids insbesondere bei alten Menschen. Teising (2001) bemerkt, dass Suizidhandlungen älterer Menschen praktisch immer aus seelischen Leidenszuständen entstehen, häufig im Zusammenhang mit äußerer Not. Sie sind nicht als Endpunkt einer nüchternen rationalen Entscheidung anzusehen. Zudem ist der Grat zum „assistierten“ Suizid und zur Euthanasie schmal. Merkwürdigerweise wird der Begriff „Bilanzsuizid“ fast ausschließlich auf alte Menschen angewandt (Teising 2001).

Bringt sich z. B. ein 14-Jähriger um, so wird davon gesprochen, dass er „sein Leben weggeworfen hat, ohne richtig gelebt zu haben“, man ist „erschüttert“, „ratlos“ und reagiert mit Betroffenheit. Vielfältig sind die derzeitigen Hilfen für suizidale Jugendliche. Die Zusammenarbeit von Eltern, Lehrern und Ärzten mit dem Jugendlichen dürfte

heute die Regel sein. Jeder dieser Suizidversuche wird als Ausdruck einer seelischen oder psychosozialen Belastungssituation gesehen, die der Betroffene selbst nicht mehr bewältigen konnte.

### Beratung und Behandlung

Suizidalität ist ein komplexes Problem und bedarf vielschichtiger Interventionen auf mehreren Ebenen. Ist ein Suizid missglückt, sprechen alte Menschen häufig von einer „Dummheit“, die sie selbst nicht verstehen. Ist es nur eine „Dummheit“ (Angabe einer älteren Suizidalen), die man rasch wieder vergessen soll? Wohl selten! Meist verbirgt sich dahinter ein komplexes Geschehen, dessen Ende ein Suizidversuch ist.

Besonders wichtig bei alten Menschen ist ein Assessment, welches seine Situation und insbesondere auch Krankheiten (Multimorbidität!), insbesondere depressive und Schmerzsyndrome sowie Abhängigkeit von Alkohol oder Medikamenten erfasst. Geht man davon aus, dass depressive Syndrome eine der häufigsten Ursachen sind, sollte grundsätzlich bei allen Suizidanten die Diagnostik hierzu durchgeführt werden und für eine ausreichende Medikation gesorgt werden. Auch für eine ausreichende Behandlung von chronischen Schmerzzuständen sollte gesorgt werden. Grundsätzlich ist die Einbeziehung von Angehörigen oder diesbezüglicher Bezugspersonen (z. B. Pflegepersonal in Alteneinrichtungen) notwendig, um z. B. ein suizidales Klima oder schwerwiegende Konfliktbereiche erkennen und verändern zu können.

Als psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten von suizidalen alten Patienten stehen psychodynamische und kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionsmethoden zur Verfügung. Entscheidend ist, nicht suggestiv oder überredend vorzugehen („Das Leben ist schön“, „Sie haben noch viele Aufgaben“) oder zu versuchen, dem alten Menschen einen Lebenssinn aufzudrängen, sondern den Anlass der Handlung in seiner Vielfältigkeit zu verstehen.

Angehörige von Suizidalen bedürfen einer besonderen Unterstützung. Ihre Ängste, Befürchtungen und Nöte gilt es ernst zu nehmen und sich besonders vor vorschnellen Tipps oder Ratschlägen zu hüten. Ihre Vorstellungen und Gefühle wie z. B. Angst, Zorn, Hilflosigkeit, Überforderung, Verantwortungsgefühl sollten Platz im Rahmen von stützenden Gesprächen haben. Wie gehen sie mit ihren Gefühlen um? Welche Hilfen sind für sie nützlich? Zu diskutieren ist, ob diesbezügliche Angehörigengruppen hilfreich sein könnten.

### Prävention

Suizidverhütung ist zwar immer auch eine multiprofessionelle Aufgabe, doch bedarf es hierzu erheblich mehr. Teising (1992) schreibt, dass für die Suizidprävention alter Menschen sozialpolitische Maßnahmen notwendig sind. Jede Maßnahme, welche die

Integration fördert und der sozialen Isolation entgegenwirkt, wirkt antisuizidal.

In einigen Untersuchungen gibt es Hinweise, die zur Suizidprophylaxe für alte Menschen relevant sein können (Schmidtke et al. 2002, Schmidtke 2005):

- So zeigen z. B. viele Studien, dass in relativ kurzer Zeit vor dem Suizid noch der Hausarzt aufgesucht wurde, die Suizidabsicht aber nicht erkannt bzw. nicht erfragt wurde. In einer Untersuchung von Kennedy et al. (1996) gingen 20% alter Menschen, die sich suizidierten, noch in den letzten 24 Stunden zum Hausarzt und berichteten über körperliche Beschwerden. 30 bis 50% der Suizidenten sollen in der Woche vor dem Suizid noch ihren Hausarzt aufgesucht haben, bis zu 77% in den letzten Wochen. Ähnliche Häufigkeiten gelten auch für die Kontakte mit Psychiatern oder psychosozialen Diensten (bis 70% im Monat vor dem Suizid).
- Geachtet werden sollte z. B. auch auf einschneidende Erlebnisse im Leben alter Menschen wie z. B. Verlust des Partners oder dessen Gedenktag, Veränderungen der Wohnsituation, Übersiedlung in ein Altenheim, Verlegungen innerhalb eines Krankenhauses.
- Auch über Imitationseffekte von alten Menschen wird berichtet, z. B. nach den exzessiven Medienberichten über den Tod von Frau Kohl, der Ehefrau des Altbundeskanzlers.
- Alten Menschen, bei denen ein Suizidversuch bekannt ist oder die über einen solchen sich äußern, sollten keine großen Packungen von Medikamenten verschrieben bekommen.
- Ankündigungen wie „Ich möchte noch einmal den Ort unseres gemeinsamen Glückes aufsuchen“ oder Besuch eines Ortes an einem Gedenktag, der gemeinsam häufig z. B. bei Urlauben aufgesucht wurde, sollten aufmerksam verfolgt werden.
- Psychiatrische Einrichtungen, die in der Nähe einer Bahnstrecke oder eines Flusses liegen, sollten z. B. durch einen Zaun geschützt werden, da diese Anreize für einen Suizid sein können.

## Ausblick

Fasst man die bisherigen Empfehlungen zusammen, so werden Interventionen auf verschiedenen Ebenen vorgeschlagen:

- Individuell: Krisenintervention, weitgehende Behandlung, psychosoziale Hilfen
- Strukturell: Abbau von Fehleinstellungen von Professionellen über den Alterssuizid, Hausarzt als Ansprechpartner, Konsultation eines Psychiaters, ausreichende Diagnostik und Behandlung von Krankheiten, insbesondere der Depression, Unterstützung sowie Einbeziehung von Angehörigen und diesbezüglicher Hilfen
- Gesellschaftlich: Abbau von Ageism, Enttabuisierung und Sensibilisierung des Problemfeldes „Alterssuizid“, Notruftelefone, Krisen- und Lebensberatungsstellen, integrative Strukturen, kommunikationsfördernde Gemeinde-Strukturen, Ernstnehmen von Signalen und Vorankündigung
- Sozialpolitisch: Altenhilfegesetz, Gesetz gegen Altersdiskriminierung, Suizid-

## prävention als kassenpflichtige Leistung, Umsetzung des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland

Trotz des demographischen Wandels nimmt die Öffentlichkeit, aber auch die Politik von der Brisanz des Problembereichs „Suizidalität im Alter“ wenig Notiz. So gibt es derzeit in Deutschland, wie in vielen anderen Ländern, noch kein spezifisches Suizidpräventionsprogramm für alte Menschen. Allerdings gibt es eine breit gestreute sehr informative Broschüre „Wenn das Altwerden zur Last wird“ (AG Alte Menschen im NaSpO 2009). Weitestgehend unberücksichtigt ist, dass Prävention, Krisenhilfe, Therapie und Leidensminderung selbstverständlich auch bei alten Menschen möglich sind.

### Literatur

- Arbeitsgruppe Alte Menschen im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (Hrsg.) (2009): Wenn das Altwerden zur Last wird. Publikationsversand der Bundesregierung
- Erlemeier, N. (2001): Suizidalität und Suizidprävention im Alter. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 212. Kohlhammer: Stuttgart.
- Freud, S./Pfister, O. (1963): Briefe 1909-1939. Frankfurt: Fischer (2. Aufl.)
- Hirsch, R.D. (2011): Aspekte zur Psychotherapie der Suizidalität im höheren Lebensalter. Suizidprophylaxe 38 (1), 13-25
- Hirsch, R.D./Teising, M./Wächtler, C. (2008): Suizidalität im Alter. Editorial. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 41, 1-2
- Hirsch, R.D./Bruder, J./Radebold, H. (2002) (Hrsg.): Suizidalität im Alter. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, Band 4. Stuttgart: Kohlhammer
- Kennedy, G.J., Metz, H. & Lowinger, R. (1966): Epidemiology and inferences regarding the etiology of late-life suicide. In Kennedy, G. J. (ed.) Suicide and depression in late life. NewYork:Wiley, 3-23
- Kind, J. (1996): Suizidal. Die Psychoökonomie einer Suche. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Klostermann, P. (2006): Weiterleben, aber wie? Geriatrie Journal 1/06, 35-39
- Leidinger, F. (2002): Bilanzsuizid – gesellschaftlich erwünscht? Bilanz-Sehnsucht-Verzweiflung? In Hirsch, R.D./Bruder, J./Radebold, H. (Hrsg.): Suizidalität im Alter. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, Band 4. Stuttgart: Kohlhammer, 81-92
- Nelson, F.L./Farberow, N.L. (1980): Indirect self-destructive behavior in the elderly nursing home patients. Journal of Gerontology 35, 949-957.
- Paschenda, K./Wedler, H. (1991): Suicide amongst the aged: Is it generally accepted in our society? In Böhme, K./Freytag, R./Wächtler, C./Wedler, H. (Eds.): Suicidal behavior, The state of the art. Regensburg: Roderer, 192-195
- Ringel, E. (1969): Selbstmordverhütung. Bern: Huber
- Schmidtke, A. (2005): Nationales Suizidprogramm für ältere Menschen. Neue Wege für alte Menschen. Fachveranstaltung des LVR am 12. Mai 2005 in Köln, Vortrag.
- Schmidtke, A./Sell, R./Löhr, C./Gajewska A./Schaller, S.A. (2009): Epidemiologie und Demographie des Alterssuizids. Suizidprophylaxe 36 (1), 12-20
- Schmidtke, A./Weinacker, B./Löhr, C./Schaller, S. (2002): Internationale Perspektiven. In Hirsch, R.D., Bruder, J. & Radebold, H. (Hg.): Suizidalität im Alter. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, Band 4. Stuttgart: Kohlhammer, 59-79
- Summa J (1986) Krankheit und Alter beim Suizid älterer Menschen. MMW 31, 545-547
- Teising, M. (1992): Alt und lebensmüde. München: Reinhardt
- Teising, M. (2001): Suizid im Alter: Symptom oder Bilanz? Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie 14 (1), 36-43.
- Wolfersdorf, M./Schüler, M. (2005): Depressionen im Alter. Stuttgart: Kohlhammer



## ..... Suizidalität erkennen: Ein interdisziplinäres System zur Beurteilung der Suizidalität

..... *Christoph Abderhalden, Dr., MNSc, Pflegefachmann Psychiatrie, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel; Abteilung Forschung / Entwicklung*

*Pflege & Pädagogik, Universitäre Psychiatrische Dienste UPD Bern*

..... *Bernd Kozel, Pflegewirt FH, Krankenpfleger, Abteilung Forschung / Entwicklung Pflege & Pädagogik, Universitäre Psychiatrische Dienste UPD Bern*

..... *Konrad Michel, Prof., Dr. med., UPD Bern und Universität Bern UPD Bern und Universität Bern*

Dieser Beitrag beschreibt ein systematisches Vorgehen zur Einschätzung der Suizidalität bei psychiatrischen PatientInnen, welches strukturierte Instrumente beinhaltet, zwischen erhöhtem Grundrisiko und akuter Suizidalität unterscheidet und in dem die akute Suizidalität gemeinsam mit den PatientInnen vertieft reflektiert und eingeschätzt wird.

### Hintergrund

Selbsttötungen sind eines der großen globalen Gesundheitsprobleme und besonders bei psychisch Kranken eine häufige Todesursache. Das Einschätzen des Suizidrisikos, die Pflege suizidaler PatientInnen und das Bewältigen von Suiziden gehören zu den schwierigsten zwischenmenschlichen und fachlichen Herausforderungen in der psychiatrischen Arbeit. Der Einschätzung des Suizidrisikos kommt bei der Prävention von Suiziden eine besondere Bedeutung zu. Sie ist eine Voraussetzung für die Planung und Umsetzung risikogerechter suizidverhütender Maßnahmen.

Experten empfehlen bei der Einschätzung des Suizidrisikos strukturierte Verfahren und Instrumente zu verwenden. Probleme dabei sind, dass es zwar viele Instrumente gibt, dass diese aber fast nur in Studien und nicht im Alltag verwendet werden, dass sie das Erleben der PatientInnen wenig berücksichtigen, dass bei ihrer Anwendung die klinische Expertise wenig zum Zuge kommt und dass sie zu wenig zwischen einem erhöhtem Basisrisiko und akuter Suizidalität unterscheiden. Basissuizidalität meint ein erhöhtes Suizidrisiko auf der Grundlage einer Anhäufung von Risikofaktoren für Suizid bei psychiatrischen PatientInnen. Basissuizidalität muss von akuter Suizidalität unterschieden werden: Eine hohe Basissuizidalität bedeutet nicht unbedingt, dass ein Patient oder eine Patientin auch akut suizidgefährdet ist.

### Praxisentwicklungsprojekt

In einem aus dem Bedürfnis von Mitarbeitenden einer Station entstandenen Praxisentwicklungsprojekt an den Universitären Psychiatrischen Diensten in Bern wurde ein systematisches interdisziplinäres Vorgehen zur Einschätzung der Suizidalität bei stationär behandelten psychiatrischen Patientinnen und Patienten entwickelt (Abderhalden et al. 2005). Aufgrund einer Literaturrecherche wurden zwei Instrumente ausgewählt: die Nurses Global Assessment of Suicide Risk-Skala (NGASR; Cutcliffe & Barker 2005) zur Bestimmung der Basissuizidalität und die Suicide Status Form II German Version SSF-II-G; (Jobes 2006) zur Einschätzung der akuten Suizidalität. Die SSF-II lag in einer im Hause entstandenen autorisierten deutschen Version vor. Die NGASR wurde im Rahmen des Projekts übersetzt, in Bezug auf die Inhaltsvalidität geprüft, hinsichtlich der Beurteilerübereinstimmung getestet und zur Sicherstellung der Anwendungsobjektivität mit einer Anleitung versehen (Kozel et al. 2007). Zur praktischen Anwendung dieser Instrumente liegen inzwischen positive Erfahrungen aus mehreren psychiatrischen Einrichtungen in der Schweiz und in Deutschland vor (Kozel et al. 2008, 2010).

Eine systematisierte und instrumentenbasierte Einschätzung hat verschiedene Vorteile: Sie vereinheitlicht den Einschätzungsprozess, sie liefert Fakten für die Dokumentation, sie dient als sachliche Argumentationsgrundlage im interdisziplinären Team, sie begründet Interventionen, sie gibt unerfahrenen Mitarbeitenden Sicherheit, sie verhindert, dass wichtige Informationen über PatientInnen „unter den Tisch fallen“ und sie hilft dem interdisziplinären Team möglicherweise bei der Bewältigung von Suiziden.

Der Einsatz von wissenschaftlich entwickelten Instrumenten entspricht der Forderung nach möglichst evidenzbasiertem Arbeiten.

### Ablauf der Einschätzung der Suizidalität

Die Risikoeinschätzung umfasst vier Elemente (vgl. Abbildung 1, S. 43): Die Feststellung der Basissuizidalität mit der NGASR, eine subjektive klinische Einschätzung der aktuellen Suizidalität, eine Schlussfolgerung aus diesen beiden Ansätzen (Einschätzung der Suizidgefahr als gering, mässig, hoch oder sehr hoch), und, wenn das Risiko als hoch eingeschätzt wurde, eine vertiefte Abklärung der Suizidalität gemeinsam mit dem Patienten/der Patientin anhand der SSF-II-G.

#### *Basissuizidalität*

Bei allen eintretenden PatientInnen wird die „Basissuizidalität“ mit der NGASR-Skala erfasst. Dabei wird auf einer dichotomen Skala beurteilt, ob 16 evidenzbasierte Risikofaktoren für Suizid, beispielsweise „Frühere Suizidversuche“ oder „Depression“ vor-

liegen oder nicht. Den Risikofaktoren ist ein Punktwert von 1 oder 3 zugeordnet. Durch die Summe der erfassten Punktwerte ergibt sich eine der vier Risikostufen: 1=kleines, 2=mäßiges, 3=hohes oder 4=sehr hohes Risiko (Gefährdung rein aufgrund vorhandener Risikofaktoren).

Anschließend erfolgt unter Verwendung der vier gleichen Risikostufen eine subjektive, gefühlsmäßige Einschätzung, in die z. B. auch die Eindrücke aus den ersten Begegnungen oder frühere Erfahrungen mit den PatientInnen einfließen.

Auf der Basis dieser beiden Einschätzungen (NGASR-Skala + subjektive Einschätzung) wird eine Annahme über die derzeitige Suizidalität getroffen und eine Risikostufe festgelegt (kleines, mäßiges, hohes oder sehr hohes Risiko).

Die drei beschriebenen Schritte (a: Erfassung Risikofaktoren, b: subjektive Einschätzung, c: Festlegung der tatsächlichen Risikostufe) erfolgen in der Regel während beziehungsweise unmittelbar nach dem Aufnahmegespräch durch die Bezugspflegerperson und den aufnehmenden Arzt.

Das Hauptziel dieses initialen Screeningprozesses ist das Identifizieren von RisikopatientInnen, bei denen die Suizidalität vertieft abgeklärt werden muss.

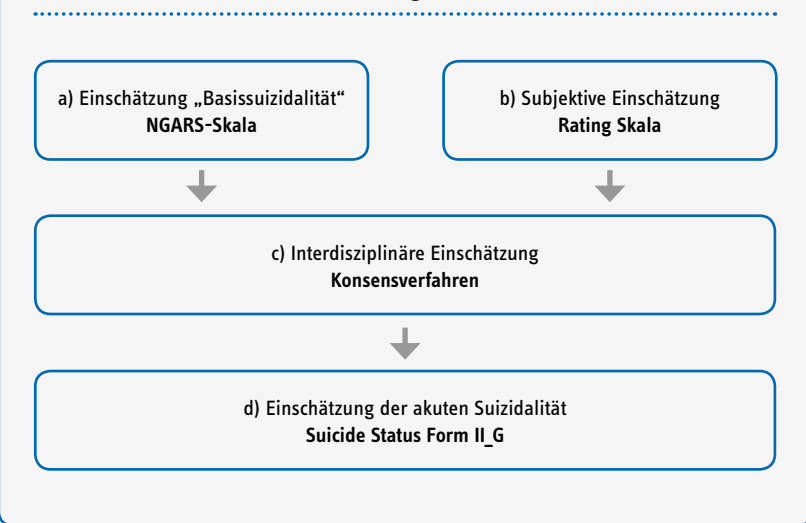
Die akute Suizidalität wird in einem vierten Schritt vertieft überprüft, wenn die Risikostufe vom aufnehmenden Pflege-Arzt-Team als hoch oder sehr hoch festgelegt wurde. Die Einschätzung der akuten Suizidalität wird mit der SSF-II gemeinsam mit den PatientInnen vorgenommen.

Die SSF-II (siehe Abbildung 2, S. 44) wird durch die PatientInnen gemeinsam mit der professionellen Bezugsperson bearbeitet. Dabei erfordert die gemeinschaftliche Herangehensweise, dass die professionelle Bezugsperson neben den PatientInnen sitzt: Dies erlaubt einen gemeinsamen reflektierenden Blick auf die Suizidalität. Die professionelle Bezugsperson versucht das momentane Erleben der PatientInnen zu verstehen und baut dadurch gleichzeitig eine „therapeutische Beziehung“ auf.

Die inhaltlichen Bestandteile der SSF beruhen auf verschiedenen psychologischen Modellen. Eine der Grundannahmen kann darin zusammengefasst werden, dass Suizid eine Handlung (Michel 2004) ist, bei dem das „Ich“ einem unerträglichen Zustand psychischen Schmerzes (Shneidman 1993) zu entfliehen versucht (Baumeister 1990). Die SSF-II versucht somit abzubilden, was suizidale Menschen erleben.

Die PatientInnen haben die Möglichkeit, auf einer 5-Punkte Likert-Skala (1=geringste Ausprägung, 5=höchste Ausprägung) ihr inneres Erleben auszudrücken. Die Selbsteurteilung bezieht sich auf psychischen Schmerz, aktuellen inneren Stresszustand, Spannung und Erregung, Hoffnungslosigkeit, Selbstentwertung und einer allgemeine Selbsteinschätzung der Suizidgefährdung. Ein weiterer Bestandteil des Instrumentes ist

### Die vier Elemente der Risikoeinschätzung



die Verwendung von Linehans „Reasons for Life“ Konzept (Linehan et al. 1983). Die PatientInnen werden aufgefordert, nach Gründen für das Leben oder für den Tod zu suchen und eine Rangfolge zu erstellen, welche der Gründe für sie am Wichtigsten sind.

Abb. 1  
Die vier Elemente der  
Risikoeinschätzung

Die Anwendung der SSF-II in der klinischen Praxis ermöglicht:

- ein Verständnis des Erlebens der PatientInnen und somit einer differenzierten Beurteilung der (akuten) Suizidalität.
- den Aufbau einer „therapeutischen Beziehung“ durch die professionelle Bezugsperson (durch zuhören, ernst nehmen und gemeinsames Bearbeiten der Suizidalität)
- eine Behandlungsplanung durch die Verwendung der erhobenen Daten (Beispielsweise durch Notfallpläne oder Skills-Trainings).

### Fallbeispiel

#### Risikoscreening

Beim Aufnahmegespräch wurde bei einer Patientin aufgrund des Vorliegens der Risikofaktoren Hoffnungslosigkeit, mit Stress verbundene Lebensereignisse, Stimmen hören, Depression, Äußerung von Suizidabsichten, Verlust einer nahe stehenden Person und psychotische Störung eine hohe Basissuizidalität ermittelt (Risikostufe 3). Die subjektive Einschätzung durch die Bezugspflegerperson ergab ebenfalls ein hohes Risiko (Stufe 3). Die Bezugspflegerperson und drei Assistenzärzte legten schließlich einstimm-

**Suicide Status Form-II (SSF-II) German Version II** Initialen ..... Untersucher ..... Datum .....

**Teil A: PatientIn und UntersucherIn gemeinsam! „I WANT TO SEE IT THROUGH YOUR EYES“**

Geben Sie bitte bei jeder Frage an, wie Sie sich gerade jetzt fühlen (Bitte zutreffende Zahl einkreisen). Ordnen Sie nachher in der linken Spalte die Fragen entsprechend der Wichtigkeit, die Sie ihnen zuordnen. Dabei steht 1 für die wichtigste und 5 für die unwichtigste Frage.

**Rang** 1) Beurteilen Sie den **psychischen Schmerz** (Gefühl der Verletzung, des Leidens, des Elends, nicht jedoch Anspannung und Stress oder körperlicher Schmerz): **niedriger psychischer Schmerz: ... 1 2 3 4 5 ... :hoher psychischer Schmerz**  
 Ich finde psychisch am schmerzhaftesten: .....

**Rang** 2) Beurteilen Sie das Ausmass des **aktuellen inneren Stresszustandes** (Ihr allgemeines Gefühl, unter Druck zu stehen, von etwas überwältigt zu sein u. ä.): **niedriger innerer Stresszustand: ... 1 2 3 4 5 ... :hoher innerer Stresszustand**  
 Für mich ist am meisten mit Stress verbunden: .....

**Rang** 3) Beurteilen Sie innere **Spannung und Erregung** (bedrängende Gefühlsinhalte, das Gefühl, Sie müssten irgendetwas – ohne zu wissen was – tun; nicht jedoch Verärgerung, nicht „Verleider“): **niedrige Erregung: ... 1 2 3 4 5 ... :hohe Erregung**  
 Ich habe am ehesten das Bedürfnis etwas zu tun, um diesem Erregungszustand ein Ende zu setzen, wenn: .....

**Rang** 4) Beurteilen Sie die **Hoffnungslosigkeit** (Ihre Erwartung, dass sich die Dinge nicht bessern, ganz egal, was Sie machen werden): **wenig Hoffnungslosigkeit: ... 1 2 3 4 5 ... :viel Hoffnungslosigkeit**  
 Ich bin am hoffnungslosesten in Bezug auf: .....

**Rang** 5) Beurteilen Sie die **Selbstentwertung**, den Selbsthass (Ihr allgemeines Gefühl, sich selbst nicht zu mögen, keinen Selbstwert zu haben, sich selbst nicht zu respektieren): **wenig Selbstentwertung: ... 1 2 3 4 5 ... :viel Selbstentwertung**  
 Was ich an mir am meisten ablehne, ist: .....

6) Allgemeine Einschätzung der **Suizidgefährdung**: **extrem niedrig (werde mich nicht umbringen): ... 1 2 3 4 5 ... :extrem hoch (werde mich umbringen)**  
 Ich finde psychisch am schmerzhaftesten: .....

1) Inwiefern sind Ihre Suizidgedanken abhängig von **Gefühlen und Gedanken über sich selbst**?  
 **Überhaupt nicht: ... 1 2 3 4 5 ... :völlig**

2) Inwiefern sind Ihre Suizidgedanken abhängig von **Gefühlen oder Gedanken anderen gegenüber**?  
 **Überhaupt nicht: ... 1 2 3 4 5 ... :völlig**

Bitte schreiben Sie im Folgenden möglichst viele Gründe oder Motive auf, warum Sie leben wollen, oder warum Sie sterben wollen. Bitte ordnen Sie dann die einzelnen Gründe entsprechend ihrer Wichtigkeit von 1 – 5 in der Spalte „Rang“.

Rang	Gründe/Motive für das Leben	Rang	Gründe/Motive für den Tod

**Mein Wunsch zu leben ist:**  überhaupt nicht vorhanden: ... 1 2 3 4 5 6 7 8 ... :ganz besonders stark

**Mein Wunsch zu sterben ist:**  überhaupt nicht vorhanden: ... 1 2 3 4 5 6 7 8 ... :ganz besonders stark

Das, was mir am meisten helfen würde, nicht mehr an Suizid zu denken, wäre .....

Die Risikostufe 3 = hohes Risiko fest. Das gesamte Risikoscreening dauerte etwa 15 Minuten. Der Patientin wurde mitgeteilt, dass man bei ihr momentan von einem hohen Suizidrisiko ausgehe, als Sicherheitsmassnahme wurde die Stationstüre geschlossen. Die Patientin gab an, dass „sie sehr erleichtert sei“, da das Thema „Suizid“ so klar angesprochen worden sei.

Abb. 2 (links)  
 Suicide Status Form II  
 German Version

**Strukturierte Einschätzung der (akuten) Suizidalität mit der Patientin:**

Die Bezugspflegerperson führte in einem 45 Minuten dauernden Gespräch gemeinsam mit der Patientin die vertiefte Einschätzung der akuten Suizidalität mit der SSF-II durch. Die Patientin gab an, dass psychischer Schmerz, innerer Stress, Spannung/Erregung und Hoffnungslosigkeit in hoher Ausprägung bei ihr vorhanden seien. Dabei merkte sie jedoch, dass diese Kriterien vor allem mit dem „Hören von Stimmen“ in Verbindung standen. Am meisten überrascht war die Patientin darüber, dass sie eigentlich viel mehr Gründe hatte zu leben (fünf) als zu sterben (einen: Stimmen hören). Die Patientin äußerte in diesem Zusammenhang die Idee, „dass sie die Gründe, die für das Leben sprechen aufschreiben und in ihrem Zimmer aufhängen könnte, um sie immer wieder zu lesen“. Die allgemeine Suizidgefährdung wurde von der Patientin dann als „extrem niedrig“ angegeben. Die gemeinsame Einschätzung mit der Bezugspflegerperson wurde von der Patientin als „klärend“ erlebt. Sie berichtete, dass sie „besser beurteilen konnte, wie es ihr geht“ und ihr dieses Verständnis beim Umgang mit ihrer Suizidalität geholfen habe. Die Bezugspflegerperson hatte nach dem Gespräch den Eindruck, eine „gute“ Beziehung zur Patientin aufgebaut zu haben. Sie relativierte die Einschätzung „hohes Risiko“ auf „mäßiges Risiko“ und veranlasste das Öffnen der Stationstüre.

Die Konsequenzen aus der gemeinsamen Einschätzung waren in diesem Beispiel folgende:

- positiver Beziehungsaufbau
- Stationstüre wurde wieder geöffnet
- eine akute Suizidalität wurde ausgeschlossen
- medikamentöse Behandlung der psychotischen Störung
- die Patientin konnte ihre Situation „klarer sehen“
- das Erkennen von „Gründen die für das Leben sprechen“ hatte für die Patientin einen positiv motivierenden Effekt
- die Patientin entwickelte selbstständig eine Coping-Strategie (Gründe, die für das Leben sprechen aufschreiben und lesen), die man für den weiteren Behandlungsprozess verwenden konnte



## Fazit

Das im Praxisentwicklungsprojekt entwickelte System hat sich in mehreren Einrichtungen bewährt. Als besonders hilfreich wird in der Praxis die Kombination von „objektiven“ Elementen (NGASR) mit eher subjektiven klinischen Ansätzen erlebt. Als außerordentlich gewinnbringend und förderlich für den Beziehungsaufbau wird der Einsatz des SSF-II zur vertieften gemeinsamen Auseinandersetzung mit den PatientInnen erlebt. Die strukturierte Einschätzung wird als erleichternd für die interdisziplinäre Kommunikation erfahren. Sie erhöht die Sicherheit und das Gefühl, die Suizidalität sorgfältig eingeschätzt zu haben, und sie erleichtert Entscheidungen.

Entwicklungs- und Forschungsbedarf besteht in folgenden Bereichen:

- Mehr Erfahrungen im tagesstationären und ambulanten Bereich sammeln
- Weiterentwicklung der NGASR: Trennung von stabilen biografischen und veränderlichen/situativen Faktoren
- Empirische Überprüfung der Punktwerte zu den Risikofaktoren in der NGASR
- Integration von protektiven bzw. risikoreduzierenden Faktoren (Beziehungen; Pläne; Glaube/Überzeugungen; Hoffnung; Behandlung; ...)?
- Validierung der NGASR auf Itemebene

## Literatur

Abderhalden, C., Grieser, M., Kozel, B., Seifritz, E., Rieder, P. (2005): Wie kann der pflegerische Beitrag zur Einschätzung der Suizidalität systematisiert werden? Bericht über ein Praxisprojekt. In: Psych Pflege heute, 11, 160-164

Baumeister, R. (1990): Suicide as escape from self. In: Psychological Review 97, 90-113

Cutcliffe, J.R., Barker, P. (2005): The Nurses` Global Assessment of Suicide Risk (NGASR): developing a tool for clinical practice. In: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 11, 393-400

Jobs, D.A. (2006): Managing suicidal risk. A collaborative approach. New York: Guilford

Kozel, D., Grieser, M., Rieder, P., Seifritz, E., Abderhalden, C. (2007): Nurses` Global Assessment of Suicide Risk – Skala (NGASR): Die Interrater-Reliabilität eines Instrumentes zur systematisierten pflegerischen Einschätzung der Suizidalität. In: Zeitschrift für Pflegewissenschaft und psychische Gesundheit PpG 1, 17-26

Kozel, B., Michel, K., Abderhalden, C. (2008): Strukturierte Einschätzung der Suizidalität gemeinsam mit den PatientInnen: Erste Erfahrungen aus einem Praxisentwicklungsprojekt. In: Abderhalden, C., Needham, I., Schulz, M., Schoppmann, S., Stefan, H. (Hrsg.): Psychiatrische Pflege, psychische Gesundheit und Recovery. Unterostendorf: Ibicura, 245-251

Kozel, B., Grieser, M., Zauboni, G., Braamt, U., Abderhalden, C. (2010): Systematisierte interdisziplinäre Einschätzung der Suizidalität – Evaluationsergebnisse aus drei psychiatrischen Kliniken. In: Hahn, S., Schulz, M., S. Schoppmann, S., Abderhalden, C., Stefan H., Needham, I. (Hrsg.), Depressivität und Suizidalität: Prävention, Früherkennung, Pflegeinterventionen – Selbsthilfe. Unterostendorf: Ibicura, 136-141

Linehan, M., Goodstein, J., Nielsen, S., Chiles, J. (1983): Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The reasons for living inventory. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology 51, 276-286

Michel, K. (2004): Depression ist eine Krankheit, Suizid eine Handlung. In: Existen-zanalyse 21, 58-62

Shneidman, E. (1993): Suicide as a psychache. In: Journal of Nervous and Disease 181,145-147

## Allgemeine Hinweise

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde in der Regel die männliche Schreibweise verwendet. Wir weisen an dieser Stelle ausdrücklich darauf hin, dass sowohl die männliche als auch die weibliche Schreibweise für die entsprechenden Beiträge gemeint ist.

## Impressum

### Herausgeber

g-plus – Zentrum im internationalen Gesundheitswesen  
Alfred-Herrhausen-Straße 50  
58448 Witten

Leitung: Prof. Dr. Elke Donath

g-plus gehört zum Department für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke:  
Universität Witten/Herdecke  
Alfred-Herrhausen-Straße 50  
58448 Witten

Kontakt: [g-plus@uni-wh.de](mailto:g-plus@uni-wh.de)  
Internet: [www.g-plus.org](http://www.g-plus.org)

### Koordination des Bandes

Nina Kolbe

### Redaktion

Nina Kolbe, Monika Hörn

### Konzeption und Gestaltung

Axel Boesten, Köln  
[www.axel-boesten-plus-x.de](http://www.axel-boesten-plus-x.de)

### Bildnachweis

Abbildung Titel: ©iStockphoto.com/Igor Demchenkov

### Druck

Offsetdruck Klaus Dieckhoff, Witten  
[www.dieckhoff-druck.de](http://www.dieckhoff-druck.de)

### Auflage

300 Exemplare

\* 2. überarbeitete Auflage, Juni 2012

Diese Publikation wurde im Rahmen des Projektes Internationales Hospitationsprogramm Pflege und Gesundheit von der Robert Bosch Stiftung gefördert.

