

PiA Psychotherapie im Alter

Forum für
Psychotherapie,
Psychiatrie,
Psychosomatik
und Beratung

Herausgegeben von
Simon Forstmeier, Zürich; Johannes Kipp, Kassel; Meinolf Peters,
Marburg / Bad Hersfeld; Astrid Riehl-Emde, Heidelberg; Bertram
von der Stein, Köln; Angelika Trilling, Kassel; Henning Wormstall,
Schaffhausen / Tübingen;

**PiA 11. Jg. (Heft 1) 2014: Suizid und würdevolles Sterben,
herausgegeben von Rolf D. Hirsch, Reinhard Lindner
und Claus Wächtler**

Beirat

Beate Baumgarte, Gummersbach

Gerald Gatterer, Wien

Eike Hinze, Berlin

Rolf D. Hirsch, Bonn

Johannes Johannsen, Darmstadt

Andreas Kruse, Heidelberg

Andreas Maercker, Zürich

Ulrich Schmid-Furstoss, Bielefeld

Christiane S. Schrader, Dreieich

Gabriela Stoppe, Basel

Martin Teising, Frankfurt

Werner Vogel, Hofgeismar

Claus Wächtler, Hamburg

Dirk Wolter, Haderslev (DK)

Susanne Zank, Köln



Impressum

Psychotherapie im Alter
Forum für Psychotherapie, Psychiatrie,
Psychosomatik und Beratung

ISSN 1613–2637
11. Jahrgang, Nr. 41, 2014, Heft 1

ViSdP: Die Herausgeber; bei namentlich gekennzeichneten Beiträgen die Autoren. Namentlich gekennzeichnete Beiträge stellen nicht in jedem Fall eine Meinungsäußerung der Herausgeber, der Redaktion oder des Verlages dar.

Erscheinen: Vierteljährlich

Herausgeber: Dr. Simon Forstmeier, Dr. Johannes Kipp, Prof. Dr. Meinolf Peters, Prof. Dr. Astrid Riehl-Emde, Dr. Bertram von der Stein, Dipl.-Päd. Angelika Trilling, Prof. Dr. Henning Wormstall

Mitbegründer und ehemalige Mitherausgeber: Prof. Dr. Hartmut Radebold (2004–2008), Dr. Peter Bäurle (2004–2011)

Die Herausgeber freuen sich auf die Ein-
sendung Ihrer Fachbeiträge! Bitte wenden
Sie sich an die Schriftleitung:

Dr. Johannes Kipp
Felsengarten 9
34225 Baunatal
Tel.: 0561/42212
E-Mail: j.kipp@psychotherapie-im-alter.de
www.psychotherapie-im-alter.de

Übersetzungen: Keri Shewring

Satz: Andrea Deines, Berlin
Druck: CPI books GmbH, Leck

Anfragen zu Anzeigen bitte an den Verlag:
E-Mail: anzeigen@psychosozial-verlag.de

Abonnentenbetreuung:
Psychosozial-Verlag
Walltorstraße 10
35390 Gießen
Tel.: 0641/969978-26
Fax: 0641/969978-19
E-Mail: bestellung@psychosozial-verlag.de
www.psychosozial-verlag.de

Bezug:
Jahresabo 49,90 Euro (zzgl. Versand)
Einzelheft 16,90 Euro (zzgl. Versand)
Studierende erhalten gegen Nachweis
25% Rabatt.
Das Abonnement verlängert sich um
jeweils ein Jahr, sofern nicht eine Abbe-
stellung bis zum 15. November erfolgt.

Copyright © 2014 Psychosozial-Verlag.
Nachdruck – auch auszugsweise – mit
Quellenangabe nur nach Rücksprache
mit den Herausgebern und dem Verlag.
Alle Rechte, auch die der Übersetzung,
vorbehalten.

Die Herausgeber danken für die Unter-
stützung durch die Arbeitsgruppe Psycho-
analyse und Altern, Kassel.

Inhalt

Editorial

Rolf D. Hirsch, Reinhard Lindner und Claus Wächtler

Mein Tod gehört mir

Suizid und würdevolles Sterben 5

Übersichten

Hans Wedler

Selbstbestimmtes Sterben: nur eine Utopie? 11

Klaus Maria Perrar, Yvonne Eisenmann und Gerrit Frerich

Suizidalität in der Palliativmedizin

Der Wunsch nach vorzeitigem Versterben 27

Armin Schmidtke

»Sterbehilfe« und assistierter Suizid

Zur Diskussion des §217 43

Fallbezogene Darstellungen

Claus Wächtler

Depression und Suizid im Alter

Erkennen und Behandeln lohnen sich 63

Reinhard Lindner und Georg Fiedler

Studien zur Suizidalität Älterer

83

Empirische Untersuchung

Meinolf Peters

Was macht einen guten Alterstherapeuten aus?

Einige empirische Hinweise 101

Eine Institution stellt sich vor

Angelika Trilling und Inge Bierbrauer

CiF – Council of International Fellowship

Internationaler Austausch von Fachkräften der Sozialen Arbeit 115

Buchbesprechungen

Bea Götz

Vicki de Klerk-Rubin (2006) Mit dementen Menschen
richtig umgehen – Validation für Angehörige

123

Johannes Kipp

Michaela Kaplaneck (2012) Unterstützte Selbsthilfegruppen
von Menschen mit Demenz

124

Zum Titelbild

Johannes Kipp

»Tod und Leben« (Klimt 1910)

127

Veranstaltungshinweis

129

Autorinnen und Autoren

130

Mein Tod gehört mir

Suizid und würdevolles Sterben

Ein 85-jähriger pensionierter Offizier, der lange Jahre unter Depressionen litt und vor einem Jahr einen schweren Schlaganfall mit ausgeprägter Halbseitenlähmung erlitt, antwortete auf die Frage, was man für ihn tun könne, leise: »Geben Sie mir eine Tablette! Ich will und kann nicht mehr«. Er wolle seiner Ehefrau, die sich rührend um ihn kümmere, nicht mehr zur Last fallen. Er wolle endlich Ruhe haben. Er wäre nur noch ein Häufchen Elend und nicht mehr er selbst.

Prinzipiell hat ein Arzt in dieser Situation keine Entscheidungsfreiheit. Straf- und berufsrechtlich ist sein Tun vorgegeben. Mag eine Patientenverfügung, die dieser Patient nicht erstellt hatte, hilfreich für ähnliche Situationen zum weiteren Handeln sein, so bleibt letztendlich immer ein Zweifel, ob das, was man als Arzt tut oder nicht tut, mit der Selbstbestimmung eines Menschen, seiner Würde und seinem Recht auf Unversehrtheit in Einklang zu bringen ist. »Das Prinzip der Selbstbestimmung sollte auch am Ende des Lebens gelten«, schrieb Udo Reiter vor kurzem in der SZ (2013). Hilft die Diskussion über den freien Willen eines Menschen weiter? Können wir uns diesem Phänomen, einem theoretischen Konstrukt, dadurch nähern, indem wir versuchen, Humanität, Beziehungsgefüge, soziale Verantwortung und Selbstbestimmung zu verrechtlichen, um »auf der sicheren Seite« zu sein? Gesetze und Richtlinien von Ärztekammer und Berufsverbänden sind zu achten und einzuhalten. Sie sollen klar und eindeutig formuliert sein. Doch lassen sie sich nicht ohne weiteres in jeder Situation schematisch anwenden, wenn wir einen Menschen, soweit dies wirklich möglich ist, in seiner Ganzheit und Einmaligkeit begreifen und ihm gerecht werden wollen. Schwierig ist es auch zu erfassen, ob der »freie« Wille wirklich frei ist und nicht maßgeblich durch Dritte beeinflusst wird. Andererseits sollte, wer sein Leben beenden will, »sich nicht vor den Zug werfen müssen« (Reiter 2013).

Was ist würdevolles Sterben? Was ist dabei »würdevoll« oder »würdelos«? Gibt es einen »würdevollen Suizid«? Inwieweit muss, kann, darf dieser Vorgang selbstbestimmt sein? Diesen Fragestellungen möchten wir in verschiedenen Beiträgen nachgehen und uns Lösungsschritten nähern oder zumindest intensiveres Nachdenken über diesen Problembereich anregen. Vieles ist hierüber schon geschrieben sowie diskutiert worden, und doch werden wir eher noch unsicherer, wenn wir uns vertieft mit diesem Thema beschäftigen. Und das ist gut so. Wer zu sicher ist und immer weiß, was richtig ist, vor dem

sollte man sich hüten! Natürlich versuchen Gesetze und Standesvorschriften juristische Grundsätze wie Gleichheit, Gerechtigkeit und Rechtssicherheit zu gewährleisten, doch helfen sie in einer akuten Entscheidungssituation nur bedingt. Zudem besteht die Gefahr, dass bei einer »Durchregelung«, die für alle Situationen gelten soll, keiner mehr für sein Handeln verantwortlich ist, da er sich nur buchstabengetreu an diese Vorgaben zu halten hat. Bedenkt man, dass sich eine zwischenmenschliche Kommunikation in vier Botschaften (Sachinformation, Selbstkundgabe, Appell und Beziehung) äußert (Schulz von Thun et al. 2012), so bedarf es eines großen Einfühlungsvermögens und einer unverfälschten Wahrnehmung und Aufmerksamkeit, um ein würdevolles Sterben ermöglichen zu können. Erinnert sei auch an die Kippbilder, die verdeutlichen, wie wenig sinnvoll es ist, nur auf einer Betrachtungsweise zu bestehen. Insbesondere die Balintmethode lässt uns erahnen, wie vielfältig, widersprüchlich, differenziert und einmalig ein Mensch ist (Balint 1980) und wie sehr seine Empfindungen und Affekte variieren können. Grundsätzlich sollten religiöse oder moralische Vorstellungen, manchmal auch nur Vorurteile, den Blick nicht auf den Menschen, um den es gerade geht, verstellen. Merkwürdigerweise werden solche Reflexionen selten bei alten Menschen, die medizinisch, pflegerisch und sozial unterversorgt sind und eher »dahinsiechen«, angestellt. Hierzu bedarf es scheinbar einer Verfassungsklage, wie sie von Moritz (2013) angeregt wird.

Betrachten wir also noch einmal den Fall des oben genannten 85-jährigen Mannes, so muss seine Äußerung: »Geben Sie mir eine Tablette! Ich will und kann nicht mehr«, unter vielfältigen Gesichtspunkten betrachtet werden: Neben dem Wunsch nach Hilfe beim Sterben spricht er im zweiten Satz über sein inneres Befinden, das vielleicht ein Erleben der Anstrengung, der Überlastung oder der Sehnsucht nach Ruhe und Entspannung ausdrückt. Zudem aber nimmt er Kontakt mit dem Gesprächspartner auf, indem er eine emotional berührende Aussage macht, die diesen unter unmittelbarem Handlungsdruck setzt. Oftmals sind suizidale Äußerungen Älterer Aufrufe zu einem ernsthaften Gespräch über existentielle Fragen des Lebens.

Alte Menschen stellen den höchsten Anteil an Suiziden in unserer Gesellschaft. Scheinbar nicht zu bewältigende Krisen im Alter werden mehr als in anderen Lebensphasen mit einem Suizid »gelöst«. Begriffe wie »Bilanzsuizid« und »Freitod« kaschieren eine altersdiskriminierende Einstellung und verhindern, sich mit den eigentlichen Hintergründen suizidaler Erwägungen eines Einzelnen zu beschäftigen. Andererseits ist eine reine Pathologisierung nicht angebracht. Wird heute mehr Selbstbestimmung und Autonomie auch für das Sterben eingefordert, so weitet dies eher den Blick auf die sehr komplexe Problematik der Suizidalität im Alter. Gesellschaftlich wird der Suizid eines

alten Menschen bisher wenig hinterfragt und eher als verstehbar akzeptiert. So werden mögliche präventive Maßnahmen und Interventionen nur unzureichend eingesetzt.

Trägt unser Gesundheitswesen dazu bei, dass sich über 75-Jährige vermehrt umbringen? Angst vor Abhängigkeit, Kontrollverlust, gesellschaftliche Ausgrenzung, Pflegebedürftigkeit, Ausweglosigkeit und Krankheit verschließen oft die Möglichkeiten, die das Leben beim Altern lebenswert machen. Bron (1991, 121) schreibt: »*Es besteht die Gefahr, dass Gleichgültigkeit und fehlendes Engagement gegenüber suizidalen alten Menschen weiterhin zunehmen und die Basisversorgung vernachlässigt wird ...*« Unter dieser Perspektive ist die Diskussion, ob es den »versteckten« Suizid gibt (z.B. Nahrungsverweigerung, Nichteinnahme von Medikamenten), notwendig. Bedenklich ist, dass gerade bei alten Menschen das Argument eines »Bilanzsuizides« angeführt und gesellschaftlich, ohne ausreichend hinterfragt zu werden, akzeptiert wird. Demgegenüber ist bekannt, dass ältere Menschen nach einem Suizidversuch selten versuchen, diesen zu wiederholen.

Hans Wedler geht in seinem Beitrag auf eine sehr wesentliche Frage ein: Wie autonom kann eine Entscheidung, durch eigene Hand zu sterben, überhaupt sein? Er trennt dabei zwischen Freiverantwortlichkeit einer Entscheidung und deren Selbstbestimmtheit. Nicht jede frei verantwortete Entscheidung ist für ihn zugleich auch selbstbestimmt – und umgekehrt. Da grundsätzliche ethische Vorbehalte wider den Suizid nur in stark religiös geprägten Gesellschaften Anspruch auf Gültigkeit haben, ist die in einigen Staaten erfolgte gesetzliche Regelung der ärztlichen Suizidassistenz rational gut nachvollziehbar. Am aktuellen Beispiel der international herausragenden Bioethikerin Margaret Battin, die sich lebenslang für das menschliche Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben eingesetzt hatte, verdeutlicht Wedler, dass im konkreten Fall persönlicher Betroffenheit die Entscheidung zum selbstbestimmten Sterben sehr viel komplexer ist. Sein Fazit ist, dass Selbstbestimmtheit durch den sozialen Bezug zu den Nächststehenden eingeengt wird und weniger durch gesellschaftliche, moralische und gesetzliche Vorgaben oder durch die Interessen Außenstehender.

Aus der Sicht der Palliativ-Medizin geben *Klaus-Maria Perrar*, *Yvonne Eisenmann* und *Gerrit Frerich* einen Überblick über die Umgangsweisen mit Patienten, die durch das Stadium ihrer Erkrankung dem Tod näher sind. Palliativmedizinisch Tätige sind regelmäßig mit dem Begehren nach einem beschleunigten Versterben konfrontiert. Dargestellt werden die unterschiedlichen Formen bzw. die möglichen Ursachen eines Todeswunsches. Seine kommunikative Bedeutung wird erläutert. Empirische Ergebnisse von Interviews mit palliativmedizinisch Tätigen zum Umgang mit Todeswünschen

werden skizziert. Die Autoren stellen die *Dignity Therapy* von Chochinov et al. (2002) dar, die als spezifisches psychotherapeutisches Verfahren zum Umgang mit Todeswünschen zur Erhaltung oder Wiederherstellung des Gefühls von Würde beiträgt.

Mit der Neufassung des §217 und deren aktueller Diskussion beschäftigt sich der Beitrag von *Armin Schmidtke*. Nach einer kurzen Übersicht über die derzeitige Häufigkeit von Suiziden und Suizidversuchen im Alter geht er zunächst auf die Ursachen und möglichen Motive von suizidalem Verhalten ein. Er beschreibt dann Formen von Sterbehilfe und assistiertem Suizid. Die unklare rechtliche Situation in Deutschland hat zu einem »Sterbetourismus« geführt, dessen Auswüchse bedenklich sind. Dies hatte zu einem übereilten Entwurf des Bundesministeriums geführt, der die gewerbsmäßige Förderung der Selbsttötung unter Strafe stellen sollte. Zahlreiche Kritiken und Gegenvorschläge zu diesem »Sterbehilfe-Gesetz« führten dazu, dass es weitere Entwürfe gab. Derzeit ist noch nicht abzusehen, wie der Gesetzestext endgültig verabschiedet wird. Der Autor stellt den Vorschlag des *NaSPro (Nationales Suizid Präventionsprogramm für Deutschland)* heraus, dass nicht der kommerzielle Aspekt, sondern die Suizidbeihilfe unter Strafe gestellt werden sollte. Entscheidend sei das Bestreben, einem suizidgeeigneten Menschen in seiner Verzweiflung beizustehen und nach Alternativen zur Selbsttötung zu suchen.

Claus Wächtler legt den Schwerpunkt seiner Ausführungen auf die Depressionen im Alter und deren Einfluss auf die Suizidalität. Er beschreibt mehrere Fallvignetten, die verdeutlichen, wie Alter, Krise und Depression sich gegenseitig bedingen und auch zur Suizidalität führen können. Depression gilt als Hauptrisikofaktor für Suizid. Das rechtzeitige Erkennen von Depression und Suizidalität und geeignete Interventionen können Leid mindern und Suizide verhindern. Noch zu oft wird eine Depression bei einem alten Menschen nicht erkannt und wenn, dann häufig inadäquat behandelt, obwohl die Therapieerfolge denen jüngerer Patienten nicht nachstehen. Depressionen bei Älteren gelten als Risikofaktor auch für die Entstehung somatischer Erkrankungen und für eine speziell durch Suizid erhöhte Mortalität, sowie für ungünstige Rehabilitationsergebnisse. Sie zu erkennen ist erschwert durch ein anderes Erscheinungsbild und ein anderes Hilfesuchverhalten als bei Jüngeren – beides trifft insbesondere auf ältere depressive Männer zu.

Trotz der hohen Suizidraten älterer und hochbetagter Personen ist sowohl das Angebot als auch die Nutzung psychotherapeutischer Behandlungsmöglichkeiten und -einrichtungen gering. Hierauf gehen *Reinhard Lindner* und *Georg Fiedler* in ihrem Artikel ein. Sie berichten über ihr 10-jähriges Forschungsprojekt, in dem intrapsychische Dynamiken und psychosoziale

Bedingungen suizidaler älterer Personen untersucht werden. Als Ergebnisse halten sie fest: Suizidale Ältere, die sich nicht in Behandlung begeben, zeigen Formen des psychosozialen Rückzugs, welche die Suizidalität sowohl fördern als auch unterhalten. Bei hochbetagten alten Patienten lösen schwere körperliche Erkrankungen häufig die aktuelle Suizidalität aus. Die Patienten unterschieden sich von randomisierten Kontrollpersonen durch eine signifikant höhere Depressivität und durch psychiatrische Behandlungen in der Anamnese. In weiteren Studien wurden spezifische Aspekte der Suizidalität Älterer qualitativ und kasuistisch untersucht (z. B. Genderaspekte, Sexualität, Suizidalität Sterbender, Suizid im Krankenhaus). Diskutiert werden dann Konzepte für Behandlungsangebote und -einrichtungen für suizidale Ältere.

Als psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten von suizidalen alten Patienten stehen Krisen- und Behandlungsinterventionen 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 jeweils individuellen Anlass der suizidalen Überlegungen bzw. der Suizidhandlung zu verstehen. Psychotherapeutische Interventionen und Präventionen allein reichen nicht aus, um suizidalen alten Menschen gerecht zu werden. Suizidverhütung ist zwar immer auch eine multiprofessionelle Aufgabe, doch bedarf es hierzu erheblich mehr. Teising (1992, 115) schreibt: »Entscheidend für die Suizidprävention alter Menschen werden sozialpolitische Entscheidungen sein. Antisuizidal wirkt jede Maßnahme, die die Integration fördert und der sozialen Isolation entgegenwirkt«.

Rolf D. Hirsch, Reinhard Lindner und Claus Wächtler

Literatur

- Balint M (1980) Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Klett-Cotta (Stuttgart).
- Bron B (1991) Ethische und juristische Aspekte des Alterssuizids. *Fundamenta Psychiatrica* 5: 118–124.
- Chochinov HM, Hack T, McClement S, Kristjanson L, Harlos M (2002) Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. *Soc Sci Med* 54 (3): 433–443.
- Moritz S (2012/3) Staatliche Schutzpflichten gegenüber pflegebedürftigen Menschen, Schriftenreihe »Schriften zum Sozialrecht«, Band 29, Nomos (Baden-Baden).
- Reiter U (2013) Mein Tod gehört mir. *SZ* vom 21/22 Dezember, Seite 7.
- Schulz von Thun F, Zach K, Zoller K (2012) Miteinander Reden. Rowohlt (Reinbek bei Hamburg).
- Teising, M (1992) Alt und lebensmüde. Reinhardt (München).

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Dr. Rolf D. Hirsch

Ermekeilstraße 36

D-53113 Bonn

E-Mail: r.d.hirsch@t-online.de

Die Herausgeber von *Psychotherapie im Alter* laden Autorinnen und Autoren ein, an den geplanten Themenheften mitzuarbeiten und geeignete Manuskripte oder freie Originalia zu selbst gewählten Themen bei der Schriftleitung (E-Mail: herausgeber@psychotherapie-im-alter.de) einzureichen.

Die Planung ist vorläufig und kann kurzfristig umdisponiert werden.

- PiA 4/14 Die langen Schatten des Holocaust –
jüdisches Leben in Deutschland heute (Frist 1.4.14)
- PiA 1/15 Affekte (Frist 1.6.14)
- PiA 2/15 Sensorik (Frist 1.9.14)
- PiA 3/15 Arbeits- und Liebesfähigkeit im Alter (Frist 1.2.15)