



Hospiz-Dialog Nordrhein-Westfalen

Juli 2019 Ausgabe 80

Schwerpunkt:

SUIZID

Editorial



Liebe Leserinnen und Leser,

In Deutschland sterben etwa 10.000 Menschen jährlich durch Suizid. Zurück bleiben fassungslose Eltern, hilflose Kinder, verzweifelte Partner und ratlose Freunde. „Warum hat er das getan?!“ „Warum hat sie mir das angetan!?“ Diese Fragen stellen sich die Hinterbliebenen. Weitere Fragen, mit denen sie sich auseinandersetzen, sind, ob sie den Suizid hätten verhindern können und ob sie mitverantwortlich sind für das Geschehene.

Es sind zumeist viele Gründe, die diesen Schritt ausgelöst haben – eine schwere Depression oder eine andere psychische Erkrankung oder auch kurzzeitige Auslöser wie ein Todesfall, eine Kündigung oder die Trennung vom Partner, oftmals sind es viele Ursachen gleichzeitig. Letztendlich können die vielen, mit dem Suizid verbundenen Fragen nie mit letzter Sicherheit beantwortet werden. Und so ist – neben der großen Trauer um den Nahestehenden – die besondere Herausforderung, mit dieser Ungewissheit leben zu lernen.

Die Beiträge im Schwerpunkt dieser Ausgabe zeigen die verschiedenen Blickwinkel in der Auseinandersetzung mit dem Thema auf. Wir hoffen, dass durch den Umgang der Medien, die gut konzipierten und verantwortungsvollen Trauerbegleitungsangebote oder auch durch die wissenschaftliche Auseinandersetzung der Tod durch Suizid besprechbarer wird, damit die von Suizid betroffenen Menschen langfristig zielgerichtet unterstützt werden können.

Ich wünsche Ihnen eine gute Lektüre!

Ihre

G. Dingerkus
Dr. Gerlinde Dingerkus

IMPRESSUM

Herausgeber

ALPHA – Ansprechstellen im Land Nordrhein-Westfalen zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung

Redaktion

Ansprechstelle im
Land Nordrhein-Westfalen zur
Palliativversorgung,
Hospizarbeit und
Angehörigenbegleitung
im Landesteil Westfalen-Lippe
Sigrid Kießling
Friedrich-Ebert-Straße 157-159, 48153 Münster
Tel.: 02 51 - 23 08 48, Fax: 02 51 - 23 65 76
alpha@muenster.de, www.alpha-nrw.de

Layout

Art Applied, Hafenweg 26, 48155 Münster

Druck

Buschmann, Münster

Auflage

2.500

Die im Hospiz-Dialog-NRW veröffentlichten Artikel geben nicht unbedingt die Auffassung der Redaktion und der Herausgeber wieder. Für unverlangt eingesandte Manuskripte wird keine Gewähr übernommen. Fotos der Autoren mit Zustimmung der abgebildeten Personen.

INFORMATION

Bedeutung von Offenheit und Gleichberechtigung in einem Palliativteam

Franziska Domeisen Benedetti 4

Sarggeschichten – Abschiede gestalten und Handlungsräume erweitern

Sarah Benz, Jan Möllers 7

Anerkennung für junge Ehrenamtliche

Sabine Löhr 9

Interview mit Johanna Gastdorf und Jan Gregor Kremp

10

Das „Abangane Curriculum“ für Trauergruppen mit jugendlichen Mädchen und Frauen

Deborah R. Diedericks 12

SCHWERPUNKT SUIZID

Nebelmeer – Perspektiven nach dem Tod eines Elternteils

Jörg Weisshaupt 15

Wird es irgendwann besser?

Über eine 37° Reportage zum Thema Suizid

Caroline Haertel 18

Hilfe nach Suizid: Eine webbasierte Gruppenintervention für Angehörige nach einem Suizid

Birgit Wagner 20

Suizidalität im höheren Lebensalter

Tillmann Supprian 23

Veranstaltungen

27

BEDEUTUNG VON OFFENHEIT UND GLEICHBERECHTIGUNG IN EINEM PALLIATIVTEAM

FRANZISCA DOMEISEN BENEDETTI

Der Umgang mit sterbenden Menschen und ihren Angehörigen stellt für alle involvierten Personen eine Herausforderung dar und über Sterben und Tod zu sprechen fällt schwer. Der Umgang mit Sterben und Tod ist nicht nur schwer für die Betroffenen und ihre Angehörigen, sondern auch für die Angehörigen der helfenden Berufe (Pflegefachpersonen, Ärzte und andere involvierte Berufsgruppen).



Dr. Franzisca Domeisen Benedetti

In der vor allem angelsächsisch geprägten, wissenschaftlichen Literatur wird der Kommunikation am Lebensende breite Aufmerksamkeit zuteil. Aus der Forschung wissen wir, welches die Herausforderungen sind und wie die Kommunikation und Interaktion mit Menschen am Lebensende und ihren Nächsten sein beziehungsweise nicht sein sollte. Beispielsweise ist bekannt, dass das Initiieren von Gesprächen mit Patienten und ihren Angehörigen über (emotionale) Probleme Schwierigkeiten bereiten kann (Hallenbeck, 2005). Vor allem Ärzte erwarten, dass die Familienmitglieder oder die Patienten solche problematischen Gespräche anstoßen und interpretieren ihr Schweigen als mangelnde Bereitschaft über den Tod zu sprechen (Hebert, Schulz, Copeland & Arnold, 2008). Es zeigt sich auch, dass Ärzte zum lebensbegrenzenden Potential einer fortschreitenden Krankheit lieber schweigen (Ahluwalia, Levin, Lorenz & Gordon, 2013) und dazu tendieren, Gespräche über den bevorstehenden Tod zu vermeiden (Huskamp et al., 2009; Mack & Smith, 2012; Clayton, Butow, Arnold & Tattersall, 2005). Einen Arzt zu haben, der bereit ist, über den Sterbeprozess und den Tod zu sprechen, wird als einer der wichtigsten Aspekte von Lebensqualität am Lebensende angesehen (Weinrich et al., 2001; Fine, Reid, Shengelia & Adelamm, 2010; Amano et al., 2015).

Es ist wichtig, sich bewusst zu machen, dass die Kommunikation über Sterben und Tod nicht nur für Ärzte und Pflegepersonen herausfordernd ist, das Thema Sterben und Tod ist ein gesellschaftliches Spannungsfeld. Wir alle erleben diese Spannung und bewegen uns zwischen der Tabuisierung des Todes als Element der Moderne und der zunehmenden Enttabuisierung bzw. Wiederbelebung des Todes in der jüngeren Gegenwart. Ich spreche bewusst von uns als Gesellschaft, weil sich niemand dieser Thematik entziehen kann.

Das Spannungsfeld zeigt sich natürlich auch in der Lebenswelt eines Krankenhauses. Dort kann der Umgang mit dem Thema auf kleinstem Raum beobachtet werden. Wie wir dort über den Tod und das Sterben sprechen und mit Sterbenden und ihren Familien umgehen, sagt etwas über den Zustand unserer Gesellschaft aus. Es stellt sich nun die Frage, ob und wie theoretisches Wissen und Erfahrungen Eingang in die Gedankenwelt aller Beteiligten gefunden haben und wie sie ihr Handeln beeinflussen.

Für meine Dissertation habe ich die alltägliche, konsiliarische Tätigkeit von Ärzten und Pflegefachpersonen eines Palliativen Konsiliardienstes in einem grossen Schweizer Spital beobachtet und Interviews geführt. Der Palliative Konsiliardienst besteht aus spezialisierten Ärzten und Pflegefachpersonen und ist ein institutionalisiertes Angebot zur Beurteilung und Mitbetreuung von unheilbar kranken Patienten, das von anderen Ärzten, Pflegefachpersonen und anderen Betreuungspersonen auf den Stationen angefordert werden kann. Aus den erhobenen Daten wurden dann Schlüsselkonzepte für die Kommunikation und Interaktion mit Sterbenden und ihren Angehörigen herausgearbeitet. Eines war aber von Anfang an klar: Es gibt bei den untersuchten Fachpersonen des Palliativen Konsiliardienstes unterschiedliche Vorgehensweisen und Vorstellungen im Umgang mit den begleiteten Menschen. Meine Frage war nun, welche Vorstellungen, Ideale, Werte, Normen ihr Handeln und ihre Kommunikation leiten und wie sich das auf die von ihnen betreuten Menschen auswirkt?

**» Offene Kommunikation
und Interaktion helfen,
Spannungen abzubauen.**

Die Analyse der Beratungstätigkeit des interprofessionellen Palliativen Konsiliardienstes in ihrem Arbeitsfeld

zeigte auf, dass es in ihrer alltäglichen Arbeit zu „moralischer Dissonanz“ zwischen ihren Vorstellungen und Einstellungen im Umgang/in der Kommunikation mit betroffenen Patienten/Patientinnen und ihren Angehörigen und der konkreten Umsetzung kommen kann. Das bedeutet, dass ihre individuellen Wertvorstellungen im Konflikt stehen mit dem eigenen Handeln. Dies kann sich in einem Interessenkonflikt zeigen, wenn sie zum Beispiel wahrnehmen, dass ein Patient/eine Patientin sterbend ist, er/sie jedoch nicht nach seinen/ihren Wünschen und Bedürfnissen gefragt wird. Sie wollen vielleicht keine weitere Therapie, sondern wünschen sich einfach noch, so viel Zeit wie möglich zuhause mit der Familie zu verbringen. Dissonanz konnte auch in einem Artikel über die Auswirkungen des DRG Systems in deutschen Krankenhäusern auf die Arbeit von Krankenhausärzten festgestellt werden (Klinke & Kühn, 2006).

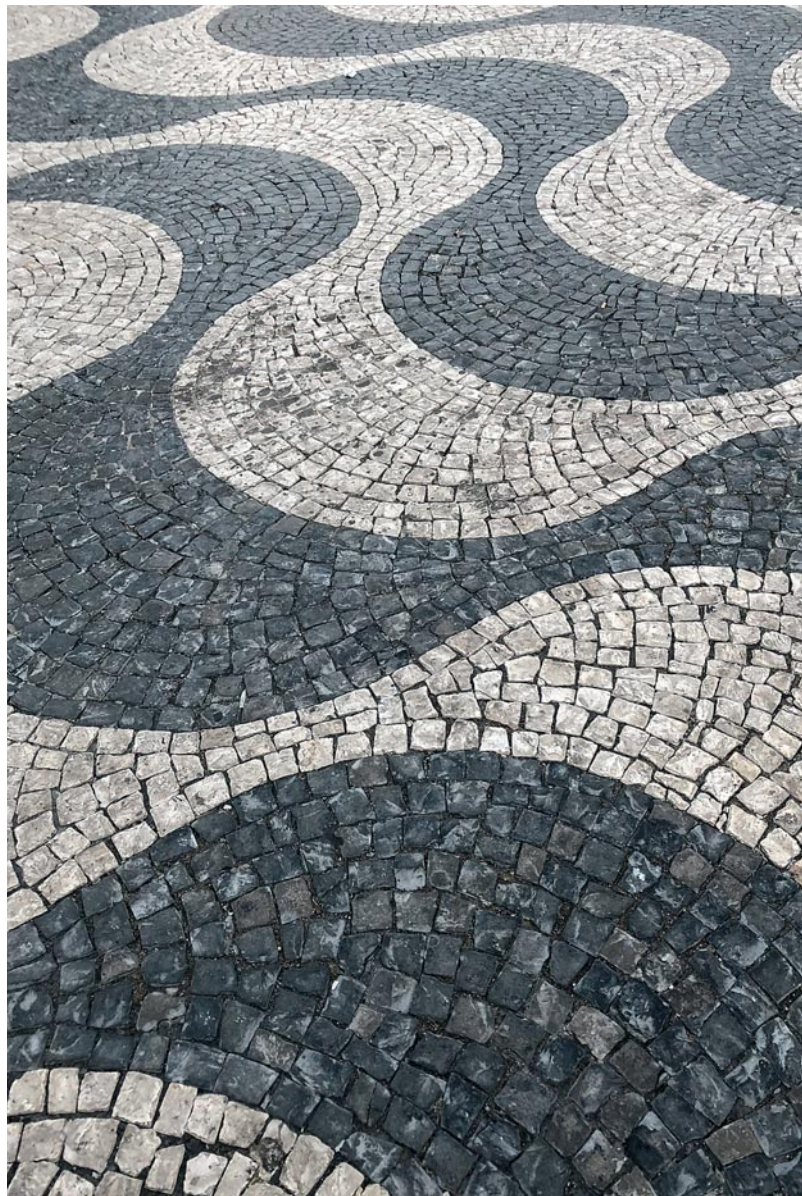
In meiner Arbeit hat sich gezeigt, dass die Schlüsselkonzepte Offenheit in der Kommunikation und Interaktion und die Gleichberechtigung in der interprofessionellen Zusammenarbeit helfen, die Spannung bzw. den Konflikt zwischen Ideal und der Realität des alltäglichen beruflichen Handelns abzubauen.

Die Fachpersonen sind sich einig darüber, dass die offene und ehrliche Auseinandersetzung mit Patienten und Angehörigen im Angesicht des Todes eines ihrer individuellen Ideale ist. Sie erachten das direkte Zugehen auf Patienten/Angehörige und das behandelnde Team und die direkte Ansprache des Problems/des Wesentlichen als wichtige Kompetenz. Sie müssen offen sein für die Probleme und individuellen Bedürfnissen der Patienten und Angehörigen, die keinen Eingang in medizinische Akten finden und auch keine medizinischen Diagnosen darstellen. Dann ist es wichtig zu versuchen, über dieses Problem und/oder über das Sterben und den Tod zu sprechen. Die Fachpersonen des Palliativen Konsiliardienstes betonen, dass offenes und direktes Ansprechen aber in einer angepassten, schonenden Weise und im „richtigen Moment“ geschehen muss. Wenn es so geschieht, empfinden Patienten und Patientinnen diese Offenheit als befreiend – ein offenes Ohr für ihre individuellen Bedürfnisse und das Aussprechen dessen, dass sie bald sterben werden. Zudem wirkt

sich das Schlüsselkonzept der gleichberechtigten Zusammenarbeit im interprofessionellen Palliativen Konsiliardienstteam

so aus, dass die Betroffenen und ihre Familien ein Gespräch und den Umgang mit ihnen auf Augenhöhe erleben.

Nach „außen“ zeigt das interprofessionelle Konsiliarteam seine Gleichberechtigung so, dass immer ein Arzt/eine Ärztin und eine Pflegefachperson gemeinsam beraten. Es gibt keine festgelegten Rollen, diese werden je nach Situation und Bedürfnissen der Betroffenen vor der Beratung festgelegt. Nach „innen“ erleben die Fachpersonen die Gleichberechtigung unterschiedlich. Die Pflegefachpersonen müssen ihre Position eher aktiv einnehmen, die Ärztinnen und Ärzte nehmen von ihrem professionellen Verständnis her oft ganz selbstverständlich eine Führungsposition in der Beratung ein. Das interprofessionelle Team muss sich ganz bewusst um Gleichberechtigung bemühen. Dies gelingt nicht immer gleich gut und kann mitunter auch zu



» **Gleichberechtigung im Team ist kein Selbstläufer und steht im Zusammenhang mit dem beruflichen Selbstverständnis.**

das Gegenüber im interprofessionellen Team. Wenn es gelingt, diese Offenheit umzusetzen, dann kann eine Atmosphäre geschaffen werden, in der es möglich ist, Themen anzusprechen, die schwierig und belastend sind.

Das Wissen um ihre Situation erleben die meisten Betroffenen wie schon erwähnt als befreiend und die Atmosphäre ist in der Regel entspannt. Die Fachpersonen sprechen darüber, wie die Krankheit sich entwickelt, dass die Person möglicherweise daran sterben wird, was ihr angeboten werden kann, damit sie nicht leiden muss. Sie versuchen, dafür den „richtigen“, passenden Moment zu finden. Sie nehmen wahr, dass das Sprechen über den nahen Tod für den Patienten/die Patientin dann nicht störend und verkraftbar ist. Dies entspricht auch dem offenem Bewusstsein, das Glaser und Strauss in ihrem Buch „Awareness of Dying“ als einen der Typen des Bewusstseins für den bevorstehenden Tod definiert haben (Glaser & Strauss, 2005 (1965)). Sie haben in den 1960er Jahren herausgefunden, dass die Kommunikation des Krankenhauspersonals mit sterbenden Krebspatienten von grosser Sprachlosigkeit – also von geschlossenem Bewusstsein – gekennzeichnet war. Ihre Forschungsarbeit hat auch heute noch Gültigkeit, denn es hat sich gezeigt, dass das Wirken der Hospiz- und Palliativbewegung die Wiederbelebung bzw. das Zurückholen von Sterben und Tod in die Gesellschaft als gesellschaftliches Thema, über das gesprochen wird, vorangetrieben hat.

Als Fazit meiner Arbeit wage ich die Aussage, dass eine Annäherung an das offene Bewusstsein eine gesellschaftliche Bedeutung bekommen kann, dann nämlich, wenn viele Menschen (Patienten und Patientinnen, aber vor allem auch Angehörige) die Erfahrung machen, dass im Krankenhaus mit ihnen offen und auf Augenhöhe über Sterben und Tod gesprochen wurde. So können sie sich mit ihren Bedürfnissen als Teil der Gesellschaft erleben. Die Pflegefachpersonen und Ärzte des Palliativen Konsiliardienstes tragen mit offener und gleichberechtigter Kommunikation und Interaktion dazu

Konflikten führen. Darum braucht es nicht nur Offenheit für die Bedürfnisse der Patientinnen, Patienten und Angehörigen, sondern auch Offenheit für

bei, einen (gesellschaftlichen) Konflikt abzubauen und die betroffenen Patienten und Patientinnen und ihre Familien als wichtigen Teil der Gesellschaft anzuerkennen.

Dr.rer.soc. Franzisca Domeisen Benedetti

Wissenschaftliche Mitarbeiterin
ZHAW Zürcher Hochschule für
Angewandte Wissenschaften
Departement Gesundheit, Institut Pflege
Technikumstrasse 81, Postfach
CH - 8401 Winterthur
Tel.: 00 41 - 5 89 34 43 17
franzisca.domeisenbenedetti@zhaw.ch

Literatur

- Ahluwalia, S., Levin, J., Lorenz, K. & Gordon, H. (2013). „There's no Cure for this Condition": How Physicians Discuss Advance Care Planning in Heart Failure. *Patient Educ Couns*, S. 200-05.
- Amano, K., Morita, T., Tatara, R., Katayama, H., Uno, T. & Takagi, I. (2015). Association between Early Palliative Care Referrals, Inpatient Hospice Utilization, and Aggressiveness of Care at the End of Life. *Journal of Palliative Medicine*, S. 270-73.
- Clayton, J., Butow, P., Arnold, R. & Tattersall, M. (2005). Discussing End-of-Life Issues with Terminally Ill Cancer Patients and their Carers: A Qualitative Study. *Supportive Care in Cancer*, S. 589-603.
- Fine, E., Reid, M., Shengelia, R. & Adelman, R. (2010). Directly Observed Patient-Physician Discussions in Palliative and End-of-Life Care: A Systematic Review of the Literature. *Journal of palliative medicine*, S. 595-603.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (2005 (1965)). *Awareness of Dying*. New Brunswick, New Jersey: Aldine Transaction.
- Hallenbeck, J. (2005). Palliative Care in the Final Days of Life: "They Were Expecting It at Any Time ..." *JAMA*, S. 2265-71.
- Hebert, R., Schulz, R., Copeland, V. & Arnold, R. (2008). What Questions Do Family Caregivers Want to Discuss with Health Care Providers in Order to Prepare for the Death of a Loved One? An Ethnographic Study of Caregivers of Patients at End of Life. *Journal of palliative medicine*, S. 476-83.
- Huskamp, H., Keating, N., Malin, J., Zaslavsky, A., Weeks, J., Earle, C., . . . Ayanian, J. (2009). Discussions with Physicians about Hospice Among Patients with Metastatic Lung Cancer. *Arch Intern Med*, S. 954-62.
- Klinke, S. & Kühn, H. (2006). Auswirkungen des DRG-Entgelt-systems auf Arbeitsbedingungen von Krankenhausärzten und die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern. *WZB, Discussion Papers, Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung*, S. Bd. SP I -2006-309.
- Mack, J. & Smith, T. (2012). Reasons why Physicians Do Not Have Discussions About Poor Prognosis, Why It Matters, and What Can Be Improved. *Journal of Clinical Oncology*, S. 2715-17.
- Wenrich, M., Curtis, J., Shannon, S., Carline, J., Ambrozy, D. & Ramsey, P. (2001). Communicating with Dying Patients within the Spectrum of Medical Care from Terminal Diagnosis to Death. *Archives of Internal Medicine*, S. 868-74.

SARGGESCHICHTEN: ABSCHIEDE GESTALTEN UND HANDLUNGSRÄUME ERWEITERN

SARAH BENZ & JAN MÖLLERS

Seit drei Jahren drehen wir, Sarah Benz und Jan Möllers aus Berlin, Kurzfilme zu den Themen Sterben, Tod und Trauer. Mit unseren Kurzfilmen wollen wir dazu beitragen, dass Menschen sich selbst, gerade angesichts des Todes, als Handelnde und Gestaltende erfahren können. Den Tod als Tatsache kann man nicht gestalten, den Abschied schon. Wenn ein nahestehender Mensch stirbt, kann man sich arrangieren, fügen, aufbegehren oder das Ganze verdrängen, an der Tatsache des Todes ändert das alles nichts.

Im Angesicht des Todes spürt jeder Mensch die Grenzen seiner eigenen Gestaltungsfreiheit, der eigenen Wirksamkeit. Die Erfahrung der eigenen Machtlosigkeit angesichts des Todes zu verarbeiten, gehört zum Trauerprozess vor und nach dem Tod eines wichtigen Menschen dazu.

In unserer Arbeit in der Einzelbegleitung und in Gruppen wurde immer wieder deutlich: Jeder Mensch kann nur soweit agieren, wie sein eigenes Vorstellungsvermögen reicht. Das bestimmt seinen Handlungsraum. Alles, was außerhalb dessen liegt, können wir uns nicht vorstellen. Deshalb ist es für uns oft beängstigend und überfordernd. In unserer Kultur gibt es nur wenige Bilder, wie wir Sterben und Tod erleben oder begleiten. Wenn der Tod also in unser Leben einbricht, haben die meisten Menschen wenige Vorstellungen oder Vorbilder, die hilfreich sein könnten. Unsere Handlungsräume, wie wir rund um den Tod unterstützen können, sind also eher klein.

Dabei gibt es eine ganze Menge denkbarer Möglichkeiten: Manchmal reicht es schon, Zusammenhänge zu verstehen, um unerträgliche Ohnmacht in erfahrbare Machtlosigkeit zu wandeln. Wichtig sind fundierte und praktische Informationen über Sterbeprozesse, z. B. dass Sterbende anders atmen. Zu wissen, dass es sich hierbei um einen natürlichen Teil des Sterbens handelt und der Mensch nicht leidet, kann den Unterschied machen zwischen einem destruktiven Erlebnis von Ohnmacht und Überforderung oder dem Gefühl, einem wichtigen Menschen in den letzten Stunden seines Lebens nah zu sein.

Nur etwas, das für uns vorstellbar ist, können wir auch einfordern oder uns wünschen. Deshalb entstand die Idee der Sarggeschichten: Filme zu drehen, weil auf diese Weise Bilder produziert werden, die

zeigen, was möglich sein kann. Diese Bilder können Anstoß sein, den eigenen Handlungsraum angesichts von Sterben, Tod und Trauer zu erweitern. Sie wollen ermutigen, sich selbst zu fragen: „Was wäre für mich in dieser Situation unterstützend?“ Die Kurzfilme verbinden mit ihren bunten Bildern praktische Informationen und Ermutigung zur Selbstgestaltung der eigenen Prozesse.

Wer noch nie einen Verstorbenen gewaschen, angezogen und in den Sarg gelegt hat, wird mit der Frage: „Wollen Sie an der Totenfürsorge ihrer Mutter teilhaben?“ wenig anfangen können. Auch der Satz: „Wollen Sie noch Abschied nehmen?“ ist eher vage. Was soll man da nehmen? Wie sieht das genau aus? Was tut man da?

Gerade in Krisen sind Menschen in ihrer Auffassungsgabe und ihrem Durchsetzungsvermögen stark eingeschränkt. Das heißt aber nicht, dass sie nichts mitbekommen. Bisher nahm man an, dass Menschen die Zeit der ersten Begegnung mit dem Verstorbenen wie in einem gefühlsgelähmten Schockzustand erleben und sich nicht an viel erinnern können. Tatsächlich erinnern sich viele Trauernde sehr intensiv an die unmittelbare Zeit nach dem Tod, an die Geschehnisse und an das Verhalten der Pflegenden, Ärztinnen und Ärzte oder Bestatterinnen und Bestatter. Entsprechend ergaben wissenschaftliche Untersuchungen, dass ein qualifiziertes Reagieren der Professionellen in der Zeit unmittelbar nach dem Tod sehr wichtig ist und die spätere Trauer erleichtert (Weiher, 2004).

Ungut gelaufene Gespräche brennen sich oft bis in den letzten Wortlaut ein. Oft ist es in der Situation



Sarah Benz, Jan Möllers

unmöglich, eine adäquate Antwort zu geben, noch einmal nachzufragen oder sich etwas zu verwehren. Nach dem Tod eines jungen Mannes im Krankenhaus bittet das Pflegepersonal die Zugehörigen zu gehen, da das Zimmer wieder gebraucht würde. Eine Schwester sagt in den Raum hinein, dass es einen Abschiedsraum gäbe, in den man noch gehen könne. Obwohl einige der Trauernden diesen Satz später erinnern, war es niemandem in diesem Moment möglich zu reagieren. Es hätte einer direkten Ansprache mit Blickkontakt bedurft und einem aktiven Warten auf eine Antwort.

Wie ein Mensch mit den Erfahrungen der Machtlosigkeit rund um den Tod einen Weg durch seine Trauer findet, hängt eben auch von den sonstigen Umständen ab. Gab es im Sterbeprozess alle Informationen und die Möglichkeit, Fragen zu stellen? Gab es Privatsphäre und Ruhe, um Abschied zu nehmen? Wurden die eigenen Bedürfnisse und die des Sterbenden ernst genommen oder haben Pflegenden und Ärzte abgewiegelt und bevormundet? Anders gesagt: Haben sich zu der unvermeidlichen Ohnmachtserfahrung angesichts des Todes, Ohnmachtserfahrungen gegenüber Krankenhauspersonal, Bestattern, Friedhofsverwaltungen, den Erwartungen von Freunden und Verwandten gesellt – oder gab es hier Unterstützung?

Wenn beispielsweise ein Mensch aus dem Hospiz abgeholt wird und es konnten sich noch nicht alle Zugehörigen verabschieden, kann es viel bewirken, wenn die Pflegenden darüber informieren, dass eine Abschiednahme auch beim Bestatter möglich

ist und nicht an dieser Stelle beendet sein muss. Es ist auch hilfreich, im Vorfeld schon dazu zu ermutigen, sich einen Bestatter zu suchen, der dies möglich macht.

Im eigenen Handeln erleben Menschen sich als lebendig, gestaltungsfähig und selbstwirksam. Das hilft auch dort, wo wir als sterbliche Wesen mit den tatsächlichen Grenzen unserer Handlungsfähigkeit konfrontiert sind, diese Spannung auszuhalten: Aushalten im Sinne des Haltens und nicht nur des Erleidens. Aus dieser Erfahrung heraus können Menschen ihre Trauerprozesse ganz anders gestalten. Eine Tochter, die ihre Mutter zu Hause gepflegt hat, erzählt: „Wir haben sie nach ihrem Tod gewaschen und angezogen. Als alle Helfenden gegangen waren, habe ich die ganze Nacht an ihrem Bett verbracht. Ich las ihr vor, zündete Kerzen an, hab mit ihr geredet und die Stille gefühlt, die sich um sie ausbreitete. Zwischendurch bin ich eingesnickt. Am nächsten Morgen habe ich noch mit ihr gefrühstückt. Dann rief ich den Bestatter, der sie abholte.“ Dieses selbstbestimmte Handeln, ein Begreifen mit allen Sinnen, ist eine wichtige Erfahrung, die den Trauernden bleibt. Sie können mit dem Gefühl, etwas gestaltet zu haben, in die weitere Zeit ihrer Trauer gehen. Um diese Prozesse anzuregen und zu ermutigen, wurden die Sarggeschichten gegründet. Die Bilder in den Filmen wollen Menschen anregen, eigene Vorstellungen zu entwickeln für Situationen, für die es momentan noch zu wenig Bilder gibt.

Sarah Benz ist Dipl.-Sozialpädagogin, arbeitet als Trauerbegleiterin, Notfallseelsorgerin sowie Musikerin und ist Mitarbeiterin bei einem Bestatter.

Jan Möllers ist Dipl.-Kulturanthropologe und Mitarbeiter des Bestatterinnen- und Bestatterkollektivs *memento* in Berlin. Beide geben Fortbildungen zu Themen rund um Sterben, Tod und Trauer.

post@sarggeschichten.de
www.sarggeschichten.de
www.trauern-und-hoffen.de
www.memento-bestattungen.de

Literatur

Weiher, E. (2004). *Mehr als Begleiten: Ein neues Profil für die Seelsorge im Raum von Medizin und Pflege*. Matthias-Grünewald Verlag



©Sarah Benz, Jan Möllers

ANERKENNUNG FÜR JUNGE EHRENTAMTLICHE

SABINE LÖHR

Am 5. April 2019 waren 95 junge Ehrenamtliche zwischen 18 und 30 Jahren aus der Hospizarbeit nach Berlin eingeladen, um für ihr Engagement eine Auszeichnung durch Bundesfamilienministerin Dr. Franziska Giffey entgegenzunehmen.

„Letzte Wege begleiten. Mehr als ein Ehrenamt“ war das Motto der Veranstaltung, auf der 95 junge Erwachsene eine Urkunde erhielten. Die Ministerin zeichnete die Ehrenamtlichen gemeinsam mit dem Deutschen Hospiz- und PalliativVerband e.V. (DHPV), der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und der Bundesärztekammer (BÄK) – den Trägern der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland – aus. Die Überreichung der Urkunden war Auftakt einer gemeinsamen Initiative der genannten Träger zur breiteren Anerkennung und Würdigung ehrenamtlichen Engagements im Lebenslauf junger Menschen.

22 – und damit knapp ein Viertel der Ausgezeichneten – kamen aus NRW. Darüber hinaus erhielten fünf weitere NRW-Engagierte ihre Urkunde per Post, weil sie zu diesem Termin nicht in Berlin sein konnten. Der Jüngste 19 Jahre alt, das Durchschnittsalter knapp über 25 Jahren und immerhin ein Drittel junge Männer – so stellte sich die NRW-

Gruppe dar. „Wir sind als Landesverband der Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen stolz, dass unser Bundesland einen großen Teil der engagierten jungen Ehrenamtlichen stellt“, so Ulrike Herwald, 1. Vorsitzende des Hospiz- und PalliativVerband NRW e.V. (HPV NRW).

Ihr war es ein großes Anliegen, an der Festveranstaltung teilzunehmen, um den engagierten jungen Erwachsenen persönlich zu gratulieren. „Ihr Engagement zeigt, dass es Nachwuchs in der Hospiz- und Palliativbewegung gibt. Junge Menschen werden gebraucht – die Hospiz- und Palliativarbeit ist ohne ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter undenkbar.“ Gleichzeitig stellen die Ehrenamtlichen fest, dass sie ja auch etwas aus den Begleitungen mitnehmen. „Es ist immer wieder berührend, das große Vertrauen zu spüren, das einem in den verschiedenen Situationen geschenkt wird“, meint Jakob Kamin, ehrenamtlich tätig für die Hospizbewegung Münster e.V.



Sabine Löhr



Die jungen Ehrenamtlichen mit Vertretern aus DHPV & Ministerium

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat aktuell ein Magazin herausgegeben: Letzte Wege – Wenn das Leben Abschied nimmt. Es stellt Menschen vor, die sich ehrenamtlich in der Sterbe- und Trauerbegleitung engagieren, und liefert Informationen für jene, die wissen, dass ihnen nicht mehr viel Zeit bleibt. Das Magazin kann kostenfrei bestellt werden unter publikationen@bundesregierung.de oder Telefon 0 30 – 1 82 72 27 21.

Sabine Löhr

Assistentin des Vorstands
Hospiz- und PalliativVerband NRW e.V.
info@hospiz-nrw.de

Information für ambulante Hospizdienste

Der Deutsche Hospiz- und PalliativVerband e.V. wird im September 2019 eine Online-Befragung unter allen geförderten und nicht-geförderten ambulanten Hospizdiensten in Deutschland durchführen. Anlass für diese Befragung ist die bevorstehende Überarbeitung der Bundesrahmenvereinbarung für die ambulante Hospizarbeit für Kinder, Jugendliche und Erwachsene.

Der Teilnahme-Link zur Befragung wird vom Hospiz- und PalliativVerband NRW e.V. per E-Mail an alle Hospizdienste in NRW versendet und außerdem auf der Homepage www.hospiz-nrw.de veröffentlicht werden.

Wir freuen uns sehr, wenn möglichst viele Hospizdienste an dieser Befragung teilnehmen.

INTERVIEW MIT JOHANNA GASTDORF UND JAN GREGOR KREMP



Johanna Gastdorf & Jan-Gregor Kremp

Das Schauspielerehepaar Johanna Gastdorf und Jan Gregor Kremp, beide bekannt aus Film und Fernsehen, u. a. aus „Das Wunder von Bern“, „Der Alte“, engagiert sich seit vielen Jahren in der Hospizarbeit.

Was verbanden Sie mit „Hospiz“ und „Hospizarbeit“, bevor Sie sich hier engagierten?

Jan-Gregor Kremp: Zuerst einmal müssen wir richtigstellen, dass sich die Unterstützung der Hospizarbeit erst in den letzten zwei Jahren zu einem Schwerpunkt unseres karitativen Engagements entwickelt hat. Hospizarbeit hielten wir zwar auch vorher schon für sehr wichtig. Das liebevolle Begleiten, Ermöglichen eines würdevollen Sterbens, die so wichtige Unterstützung der Angehörigen, all

das gewinnt ja durch die Veränderung unserer Gesellschaftsstruktur immer mehr an Bedeutung. Irgendwie war uns immer klar, dass wir uns eines Tages engagieren werden.

Was hat den Anstoß dazu gegeben, sich für die Hospizbewegung zu engagieren?

Jan-Gregor Kremp: Die Menschen, die dort arbeiten. Wir hatten vor ein paar Jahren in einem Kölner Hospiz die sehr schönen Texte einer ehrenamtlichen Sterbebegleiterin (eine alte Schulkameradin) gelesen. Ein sehr berührendes Erlebnis.

Johanna Gastdorf: Dann lernte ich bei einer Lesung im Rahmen des Salonfestivals für Literatur im Kinderhospiz Bärenherz in Wiesbaden die großartigen Leute kennen. Sie vermittelten so eindrücklich, wie stark die Berührungsgängste in unserer Gesellschaft allgemein sind und wie dringend sie auf Spenden und Unterstützung angewiesen sind.

Wie können wir uns Ihr Engagement im Hospiz vorstellen?

Jan-Gregor Kremp: Wir tun das, was wir können. Wir lesen Besinnliches, aber auch lustige Texte, machen Musik und das nicht nur für Bewohner und Angehörige, sondern für zahlende Gäste. Der Erlös der Einnahmen geht an das Hospiz. Wenn es dann auch schon mal einen Artikel in der Zeitung u. ä. gibt, hoffen wir, auch andere zum Spenden anzuregen, insgesamt ihr Interesse zu wecken und Aufmerksamkeit auf die Einrichtung und die Arbeit dort zu lenken. Aktuell unterstützen wir PalliLev – integriertes Palliativ- & Hospizzentrum. Ein stationäres Hospiz, das gerade in Leverkusen entsteht.

Wie schafft man diese Gratwanderung als „Nicht-Professionelle/r im Umgang mit Sterbenden und deren Angehörigen“ zwischen Empathie und doch auch Distanz?

Johanna Gastdorf: Es gibt viel Empathie, aber die Distanz ist sehr wichtig. Wir werden ja sehr kompetent und sensibel von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern geleitet. Wer dort ist, hat nun wirklich andere Sorgen als von fremden „Kasperles“ bedrängt zu werden. Wir sind dann einfach da ... Und wenn jemand Kontakt wünscht, findet sich ein Weg.

Gibt es eine Begegnung mit einem Sterbenden/ einer Sterbenden oder dessen Angehörigen, die Ihnen noch besonders in Erinnerung ist?

Jan-Gregor Kremp: Indirekt. Im Kinderhospiz Bärenherz gab es ein sehr eindrucksvolles Mädchen. Ihre Geschichte wurde uns erzählt. Ein beeindruckendes Beispiel für die besondere Energie, Klarheit und Willensstärke, die Sterbende umgibt, das mit wunderbaren Fotos und Zeichnungen in der Einrichtung dokumentiert ist. Wir können nur jedem, der Interesse und die Möglichkeit dazu hat, raten, sich das einmal anzuschauen.

Hat es im Kontakt mit den Gästen eine Bedeutung, dass Sie aus Film und Fernsehen bekannt sind?

Jan-Gregor Kremp: Das wissen wir eigentlich gar nicht. Es ist auch nicht wichtig, für die Gäste nicht und für uns auch nicht.

Wie reagieren Ihre Umgebung, Ihr Sohn, Ihre Freunde, Ihre Kollegen ... auf Ihr Engagement in der Hospizarbeit?

Johanna Gastdorf: Das ist ja nichts, womit man im privaten Umfeld „klappert“. Den Sinn unseres Engagements sehen wir ja darin, öffentliche Aufmerksamkeit auf das Thema zu lenken, um zum Spenden anzuregen und Berührungängste abzubauen. Unsere Familien sehen es sehr offen und positiv.

Jan-Gregor Kremp: Unser Sohn begleitet uns auch zu Auftritten, liest z. B. einen eigenen sehr berührenden Text zum Tode seines Großvaters vor.

Hat Sie der Umgang mit Sterbenden persönlich verändert?

Jan-Gregor Kremp: Der Tod ist bei uns beiden familiär schon immer sehr präsent, was, unserem Alter geschuldet, auch immer mehr zunimmt. Auch unser Beruf fordert einem häufig die Beschäftigung mit dem Tod ab. So hatten wir immer viel Gelegenheit, uns mit der Gewissheit unserer Endlichkeit auseinanderzusetzen. Das ändert nichts daran,

dass der Verlust eines geliebten Menschen einen, bei aller Vernunft und Erfahrung, immer auch in fassungslose Verzweiflung stürzt. Verändert also nur in dem Sinne, dass wir, wie alle Menschen im Laufe ihres Lebens, versuchen Wege zu finden, unseren Frieden mit dem Tod zu machen.

Wie erleben Sie die Menschen, die in der Hospizarbeit tätig sind und tagtäglich mit Sterben und Tod konfrontiert sind?

Johanna Gastdorf: Alle begegnen einem mit großer Herzlichkeit, direkt und vollkommen unverstellt. Die Wertschätzung des Lebens ist unmittelbar verbunden mit dem Respekt vor der Würde der Sterbenden und der Trauer der Angehörigen. Auch Lachen und Weinen sind untrennbar verbunden. Sie leben die Sätze, die wir aus dem Bärenherz mitgenommen haben:

„Bei uns wird gelebt. Da der Tod zum Leben gehört, grenzen wir diesen Teil nicht aus und sind für diese traurigste Zeit im Leben einer Familie da.“

„Wenn ein Kind morgens in unser Haus kommt und abends bei uns verstirbt, dann hat das Kind einen Tag bei uns gelebt!“

Sterben und Tod sind bei den meisten Menschen in unserer Gesellschaft immer noch Tabuthemen. Wie könnte man das Ihrer Meinung nach ändern?

Jan-Gregor Kremp: Die Türen der Hospize sind weit geöffnet. Daran liegt es sicher nicht. Das Sterben ist im Zeitgeist des: „Jünger, schöner, weiter ...“ nicht populär. Leicht zu ändern ist da nichts. Was uns immerhin auffällt, es zuckt mittlerweile nicht jeder zusammen oder rennt davon, wenn man über Hospizarbeit spricht. Wir haben das Gefühl, es wird anerkannt und durchaus, zwar schüchtern und vorsichtig, nachgefragt. Also sollte man es seinen Mitmenschen ruhig mal abfordern, sich mit dem Thema zu beschäftigen.

Die meisten unserer Leserinnen und Leser sind in der Hospiz- und Palliativversorgung tätig. Gibt es etwas, was Sie ihnen mit auf den Weg geben möchten?

Johanna Gastdorf: Wir können ihnen unseren Dank auf den Weg geben. Unseren Respekt für ihre bewundernswerte positive Haltung, ihren Mut, ihre Fröhlichkeit (ja!), ihre Unermüdlichkeit im Geben, ohne dafür etwas einzufordern, wobei uns immer wieder bestätigt wird, wie viel sie zurückbekommen.

Jan-Gregor Kremp: Das verdienen sie auch! Das dürfen sie annehmen!

DAS „ABANGANE CURRICULUM“ FÜR TRAUERGRUPPEN MIT JUGENDLICHEN MÄDCHEN UND FRAUEN

DEBORAH R. DIEDERICKS



Deborah R. Diedericks

Khululeka Grief Support ist eine südafrikanische gemeinnützige Organisation mit Sitz in Kapstadt, die ihre Arbeit im Februar 2005 aufgenommen hat. Khululeka wurde ins Leben gerufen als Reaktion auf die HIV-Pandemie und ihre zerstörerischen Auswirkungen auf Familien. Vor dem sogenannten ARV-Rollouts (der Einführung des antiretroviralen Medikaments) im Jahr 2005 war dies eine bedeutende Realität – mit vielen Kindern, die den Tod von den für sie sorgenden Angehörigen erfahren mussten.

Khululekas Vision ist ein Südafrika, in dem jedes trauernde Kind und jeder trauernde Jugendliche Zugang zu Unterstützung und Heilungsmöglichkeiten hat mit dem Ziel, ihre Entwicklung zu verbessern. Diese Vision basiert auf dem Leitgedanken der Organisation, die Widerstandsfähigkeit von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen zu stärken, indem sie mit Werkzeugen ausgestattet werden, die ihnen dabei helfen, ihre Erfahrungen mit Verlust und Tod zu verarbeiten.

Kontext

Die Unterstützung bei Verlust und Trauer bleibt relevant, denn jedes fünfte südafrikanische Kind hat häufig einen Elternteil aufgrund von AIDS verloren. Aber auch Gewalt und Unfälle tragen zu einer hohen und zunehmenden Erwachsenensterblichkeit im Land bei. Untersuchungen haben gezeigt, dass hinterbliebene Kinder einem erhöhten Risiko für die Entwicklung von Depressionen, Problemen in der

Schule, Verhaltensproblemen und Drogenmissbrauch ausgesetzt sind.

In Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen ist der elterliche Tod mit einem HIV-positiven Status bei Frauen assoziiert. Depressive Symptome bei Jugendlichen sind mit dem Nichtgebrauch von Kondomen und einem höheren STI-Risiko (STI=sexuell übertragbare Erkrankungen oder Infektionen) verbunden. Viele Studien zeigen, dass sexuelles Risikoverhalten bei jugendlichen Waisenkindern und schutzbedürftigen Kindern häufiger auftritt. Untersuchungen in KwaZulu Natal, Südafrika, zeigen einen klaren Zusammenhang zwischen dem Tod eines Elternteils und der HIV-Prävalenz. Bei denen, die nur einen Elternteil verloren haben, ist das Risiko einer HIV-Infektion geringer als bei jenen, die beide Elternteile verloren haben, und bei nicht verwaisten Jugendlichen ist das Risiko am geringsten.

Südafrika ist die Heimat der größten HIV-Epidemie der Welt: Im Jahr 2017 lebten 7,2 Millionen Menschen aller Altersgruppen mit HIV. Frauen sind während des gesamten Lebenszyklus einer überproportionalen HIV-Belastung ausgesetzt, doch diese

geschlechtsspezifische Ungleichheit ist bei jugendlichen Mädchen und Jugendlichen am ausgeprägtesten. Bei Frauen (AGYW = Adolescent Girls and Young Woman) im Alter von 15 bis 24 Jahren ist die HIV-Prävalenz 3,3-mal höher als bei ihren männlichen Altersgenossen (15,5% gegenüber 4,8%). In Südafrika ist demnach das Risiko einer HIV-Infektion für die AGYWs am höchsten. Schätzungen zufolge tritt ein Drittel

aller HIV-Neuinfektionen im Land im Alter von 15 bis 24 Jahren auf – 1.674 pro Woche.

Die oben genannten Daten legen die besondere Notwendigkeit von maßgeschneiderten Interven-



tionen nah, die sich auf jugendliche Mädchen konzentrieren müssen. Dies gilt umso mehr, als in einigen für diese Aufgaben verantwortlichen Regierungsabteilungen ein deutlicher Kapazitätsmangel zu verzeichnen ist, es zu wenige Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter gibt und die vorhandenen Mitarbeiter oft nur mangelhaft auf die Betreuung und den Schutz von Kindern und Jugendlichen vorbereitet sind.

Die Entwicklung des Abangane Curriculums

Khululeka hat wegen der Entwicklung und Umsetzung eines außergewöhnlichen Programms einen besonderen Ruf erlangt. Das Abangane Grief Support Curriculum wurde unter der Leitung von Khululeka in Zusammenarbeit mit auf diesem Gebiet spezialisierten lokalen und ausländischen Fachleuten entwickelt.

In einem fünfjährigen PEPFAR-finanzierten Programm (PEPFAR= President's Emergency Plan for AIDS Relief = Initiative der US-Regierung zur Bekämpfung der weltweiten HIV / AIDS-Epidemie) hat Khululeka von 2012 bis 2017 eine Partnerschaft mit Child Welfare Bloemfontein & ChildLine Free State (Kinderschutzorganisation) geschlossen, in der Khululeka Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Implementierung von Trauergruppen geschult und betreut hat.

Es begann als Trauergruppenmodell unabhängig von Alter und Geschlecht und entwickelte sich dann zu einem Modell, das sich speziell an jugendliche Mädchen richtete. Im Laufe der Zeit wurde es differenzierter ausgearbeitet mit dem Ziel, sicherzustellen, dass alle Moderatoren genau dasselbe Programm umsetzen. Dies war die Geburtsstunde des Abangane-Curriculums.

Das Programm ist speziell auf hinterbliebene jugendliche Mädchen zugeschnitten und es ist evidenzbasiert: Eine unabhängige Evaluation hat nachgewiesen, dass es die psychische Gesundheit der Teilnehmerinnen verbessert. Eine in 2015 vom Highly Vulnerable Children Research Center (HVC-RC) der Tulane University durchgeführte randomisierte kontrollierte Studie (eine sogenannte „gold standard evaluation method“) ergab, dass Mädchen, die an dem Programm teilnahmen, eine signifikante Verbesserung ihrer psychischen Gesundheit erzielten,

verglichen mit Mädchen, die noch auf der Warteliste für das Programm standen. Diese Ergebnisse wurden in der anerkannten Fachzeitschrift The Lancet veröffentlicht (Thurman et al., 2017).

Die Ergebnisse umfassten:

- eine signifikante Abnahme der problematischen Trauer und depressiver Symptome,
- eine signifikante Abnahme der Verhaltensprobleme, die von ihren Betreuern gemeldet wurden,
- eine signifikante Zunahme der erhaltenen emotionalen und sozialen Unterstützung.

Was umfasst das Abangane Curriculum?

Das Abangane Curriculum bietet psychologische Unterstützung für hinterbliebene junge Mädchen im Alter von 13-19 Jahren. Abangane, ein Begriff in Zulu, der übersetzt „Freunde“ bedeutet, hat zum Ziel, dass die Mädchen Trauer und Verlust besser verstehen, den Verlust verarbeiten und abschließen lernen, Fähigkeiten entwickeln, mit schwierigen Emotionen umzugehen und ihre Lebensplanung in die Hand zu nehmen. Das Programm hilft ihnen



Abschluss der Gruppe

auch dabei, Unterstützung von anderen zu erlangen, auch von anderen Gruppenmitgliedern und von ihnen wichtigen Vertrauenspersonen.

Das Programm besteht aus acht Sitzungen, die in der Regel einmal pro Woche in einer geschlossenen Gruppe stattfinden (d. h. es nehmen immer dieselben Mädchen an jeder Sitzung teil). Jede Sitzung umfasst 100 Minuten festgelegte Aktivitäten. Wenn möglich, wird zusätzliche Zeit für administrative Aufgaben, Pausen und ausgedehntere Diskussionen eingeräumt. Die Gruppe wird von zwei Moderatoren geleitet, ist jedoch interaktiv, d. h. die Gruppenmit-

glieder beteiligen sich aktiv. Jede Sitzung umfasst durchschnittlich zwei strukturierte Kernaktivitäten, die sich auf Erfahrungen mit Verlust und Trauer, auf Bewältigungsfähigkeiten und auf die Verbindungen zwischen Gefühlen, Gedanken und Verhalten konzentrieren.

Die Aktivitäten orientieren sich an den Prinzipien der kognitiven Verhaltenstherapie und umfassen kontextbezogene Szenarien sowie Diskussionen über verschiedene kulturelle Rituale und Traditionen rund um den Tod. Die Sitzungen beinhalten Gruppendiskussionen, Paar-/Gruppenarbeit, aber auch „Hausaufgaben“, mit denen die Mädchen neue Bewältigungsfähigkeiten und -gewohnheiten entwickeln können.

Fazit

Das Abangane-Programm weist eine statistisch signifikante Verbesserung der psychischen Gesundheit von Mädchen im Teenageralter auf, einschließlich einer Verringerung der problematischen Trauer, der Symptome von Depressionen und Aufmerksamkeitsproblemen sowie eines verbesserten Sozialverhaltens. Eine evidenzbasierte strukturierte Trauergruppenintervention ist sehr wichtig und hat das Potential, das Leben zu verändern bzgl. der bisher bekannten Risikozusammenhänge:

- dem Zusammenhang zwischen Depressionen und sexuellem Risikoverhalten,
- dem Zusammenhang zwischen Trauer und Risikobereitschaft im Allgemeinen,
- dem Nachweis, dass verwaiste Teenagermädchen ein höheres Risiko für den Erwerb von HIV haben,
- dem überdurchschnittlich hohen Risiko, HIV zu bekommen, mit dem südafrikanische jugendliche Mädchen und junge Frauen konfrontiert sind.

Abangane ist ein offiziell anerkanntes Programm für jugendliche Mädchen und junge Frauen, das aktuell von der USAID (United States Agency for International Development) für 5 Jahre und von der Global Fund-Grants für 3 Jahre gefördert wird. Das Ziel beider Organisationen ist es, die Zahl der sich mit HIV infizierenden jungen Menschen in Südafrika zu reduzieren.

Deborah R. Diedericks

Director of Khululeka Grief Support
www.khululeka.org

Literatur

- Abdool Karim, Q., Kharsany, A.B.M., Leask, K., Ntombela, F., Humphries, H., Frohlich, J.A., Samsunder, N., Grobler, A., Dellar, R., & Abdool Karim, S.S.** (2014). *Prevalence of HIV, HSV-2 and Pregnancy amongst High School Students in Rural KwaZulu-Natal: A Bio-Behavioural Cross-Sectional Survey*. *Sexually Transmitted Infections* 2014; 90(8):620-626.
- Aynsley-Green, A., Penny, A. & Richardson, S.** (2012). Bereavement in Childhood: Risks, Consequences and Responses. *BMJ Supportive Palliative Care*, 2(1), 2-4.
- Johnson, L.F., Chiu, C., Myer, L., Davies, M.A., Dorrington, R.E., Bekker, L.G., Boule, A., Meyer-Rath, G.** (2016). *Prospects for HIV Control in South Africa: A Model-Based Analysis*. *Global Health Action*. 9: 30314. 12
- Parliamentary Office of the Community Law Centre. 2014. Initial Complementary Report to the African Committee of Experts in Response to South Africa's Initial Country Report on the African Charter on the Rights and Welfare of the Child. Cape Town: University of the Western Cape.
- Kaplow, J. B., Saunders, J., Angold, A. & Costello, E. J.** (2010). Psychiatric Symptoms in Bereaved Versus NonBereaved Youth and Young Adults: A Longitudinal Epidemiological Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(11), 1145-1154.
- Meintjes, H., Hall, K., Sambu, W.** (2015). *Demography of South Africa's Children*. In: De Lannoy A, Swartz S, Lake L, Smith C, eds. *South African Child Gauge*. Cape Town: Children's Institute, University of Cape Town, 2015: pp 102-06.
- Meintjes, H. & Hall, K.** (2009). *Demography of South Africa's Children*. In S. Pendlebury, L. Lake, & C. Smith (Eds.) *South African Child Gauge 2008-2009*. Cape Town: Children's Institute, University of Cape Town; and UNICEF (2016). *Biennial Report South Africa 2014-2015*. Pretoria: UNICEF.
- National Department of Social Development.** (2012). *Conceptual Framework for Capacity Building of Social Service Professionals and Occupations in Child Protection*. *Khusela Project*. Pretoria: National Department of Social Development.
- Parliamentary Office of the Community Law Centre.** 2014. *Initial Complementary Report to the African Committee of Experts in Response to South Africa's Initial Country Report on the African Charter on the Rights and Welfare of the Child*. Cape Town: University of the Western Cape.
- Sherr, L. & Mueller, J.** (2008). Where is the Evidence Base? Mental Health Issues Surrounding Bereavement and HIV in Children. *Journal of Public Mental Health*, 7(4), 31-39.
- Simbayi LC, Zuma K, Zungu N, Moyo S, Marinda E, Jooste S, Mabaso M, Ramlagan S, North A, van Zyl J, Mohlabane N and the SABSSMV Team** (2018). *South African National HIV Prevalence, Incidence, Behaviour and Communication Survey, 2017*. Cape Town: HSRC Press. Page xxi. Key Reference Document.
- Statistics South Africa** (2014). *Mortality and Causes of Death in South Africa, 2013: Findings from Death Notification*. Pretoria: Statistics SA. 4
- Thurman, T. R., Luckett, B. G., Nice, J., Alexandra Spyrelis, A., Taylor, T. M.** (2017). Effect of a Bereavement Support Group on Female Adolescents' Psychological Health: A Randomised Controlled Trial in South Africa. *Lancet Global Health*; 5: e604-14.
- Van Dyk** (2018). SA Slashes New HIV Cases by Almost Half. *Bhekisisa Center for Health Journalism. Mail and Guardian*. Online at <https://bhekisisa.org/article/2018-07-17-48-sa-slashes-new-hiv-cases-by-almost-half>.

NEBELMEER – PERSPEKTIVEN NACH DEM TOD EINES ELTERNTEILS

JÖRG WEISSHAUPT

Ein Nebelmeer ist etwas Zauberhaftes, wenn man im Sonnenschein von oben darauf hinunter und in die Weite blicken kann. Was aber, wenn einen die Last dieser schweren Nebeldecke beinahe erdrückt oder wenn man mitten im Nebelmeer steckt, keine Handbreit mehr vor den Augen sieht, ganz allein ist und todtraurig? Mit dieser Angst und Hoffnungslosigkeit kann man sich kaum vorstellen, wieder einmal auftauchen zu können aus diesem nass-kalten düsteren Grau und wieder das Licht spüren zu können.

So geht es jungen Menschen, die einen Suizid des Vaters oder der Mutter erfahren mussten. Und die Gefahr, dass sie in einer verzweiferten Lebenssituation genau diesen Ausweg suchen, ist deutlich größer als bei nicht betroffenen jungen Menschen.

Die Fachstelle Kirche + Jugend wurde in den Achtzigerjahren als Antwort auf die Zürcher Jugendunruhen ins Leben gerufen. Es ging darum, übergemeindliche Angebote für die Stadtjugend zu entwickeln, um den speziellen Bedürfnissen der urbanen Jugendarbeit gerecht zu werden. Als Leiter der Fachstelle wurde ich bei meiner Beratungstätigkeit oft mit dem Thema der Selbsttötung konfrontiert. Deshalb vernetzte ich mich mit anderen Interessengruppen, Verbänden und Angeboten rund um das Thema Suizid, erarbeitete Grundlagenmaterial zum Thema und begann, interdisziplinäre Fortbildungskurse und Workshops für verschiedene Berufsgruppen und Infoabende für Konfirmanden und Jugendgruppen anzubieten.

Nebelmeer – Perspektiven nach dem Suizid eines Elternteils

Für jugendliche Angehörige von Suizidenten gab es bisher keine Selbsthilfeangebote. Sie bleiben oft sich selbst überlassen, weil sich die Betreuer eher um den zurückbleibenden Elternteil kümmern. Dieser überträgt seinen Kindern manchmal Aufgaben, denen sie nicht gewachsen sind (andere Wohnung suchen, Hausräumung, Partnerersatz). Deshalb begann ich im Frühjahr 2004 in Zürich mit einer Gruppe junger Betroffener mit dem Nebelmeer. Der Name wurde von einer Jugendlichen

vorgeschlagen und alle fanden sofort Gefallen daran. Ihr Gefühlschaos seit dem Verlust lässt sich damit treffend beschreiben.

In der geführten Selbsthilfegruppe Nebelmeer werden Gespräche unter ähnlich betroffenen jungen Menschen möglich, haben Fragen Platz, auf welche man kaum Antworten findet. Aber man findet Verständnis und Achtung voreinander und man findet auch die Selbstachtung wieder, wie eine betroffene junge Frau es in einem Video auf der Homepage von Nebelmeer ausdrückt (nebelmeer.net).

Nachsorge für Hinterbliebene nach Suizid bedeutet

1. die Hinterbliebenen durch den Trauerprozess begleiten,
2. die Prävention für die Nachkommen eines Suizidenten.

Aguirre und Slater (2010) untersuchten das erhöhte Suizidrisiko von Angehörigen, den möglichen Nutzen von Postventionsprogrammen in den USA und gaben schließlich Empfehlungen für die Entwicklung der Postvention. Einerseits sollen neue Angebote geschaffen werden, andererseits sollen auch aktiv Survivors kontaktiert werden, um sie mit diesen Angeboten in Kontakt zu bringen.

Möglicher Nutzen der Postvention: Nachsorge lindert den unerträglichen psychischen Schmerz, sie erzeugt ein Gefühl von Zugehörigkeit in einer Gruppe von Hinterbliebenen. Nur wenige Survivors (nach Schätzungen nur ca. einer von vier) suchen Hilfe. Diejenigen, welche die Hilfsangebote nutzen,



Jörg Weisshaupt

nebel
meer.net
perspektiven nach dem suizid eines elternteils

finden sie hilfreich, da diese ein sicheres Ventil bieten für den großen Schmerz und die negativen Gefühle (Aguirre & Slater, 2010, S. 533).

Es gibt zwei Strategien, um Survivors mit den Hilfsangeboten in Kontakt zu bringen:

1. Das traditionelle (aus Kapazitätsgründen aktuell praktizierte) Modell. Hier wartet man darauf, dass der Survivor selber Hilfe sucht, was gemäß Schätzungen durchschnittlich viereinhalb Jahre dauern kann und
2. das aktive Modell: Personen, die Hilfe anbieten, wenden sich nach dem Suizid aktiv an die trauernden Survivors. Hier dauert es schätzungsweise einen Monat zwischen der Kontaktaufnahme und dem Zeitpunkt, an welchem der Survivor die Hilfe auch in Anspruch nimmt (Aguirre & Slater, 2010, S. 534). Die nebelmeer-Gruppe unterscheidet sich von einer klassischen Selbsthilfegruppe durch die Leitung einer Fachperson, um die vorprogrammierte Überforderung einer jugendlichen Leitung zu vermeiden. Suizid ist eine der häufigsten Todesursachen bei Jugendlichen. Das Risiko von Jugendlichen, welche einen Elternteil durch Suizid verloren haben, ist massiv höher als das der Durchschnittsbevölkerung. Heranwachsende Hinterbliebene brauchen einen besonderen, geschützten Raum von Empathie, um die großen Fragen, Ängste und verwirrenden Gefühle deponieren und aushalten zu können. Dies gelingt am ehesten zusammen mit Mitbetroffenen.

Über 20 Jahre war die Nachsorge nach Suizid ein ausgewiesener Arbeitsbereich der Fachstelle Kirche+Jugend der reformierten Kirche Zürich, dem sich drei Personen widmen konnten.

Seit 2009 trifft sich zudem eine Gruppe in Bern, seit 2014 auch eine zweisprachige in Biel. Die Fachperson, welche diese Gruppen leitet, erhält von der reformierten Kirche Bern-Jura Solothurn eine Aufwandsentschädigung.



© Jörg Weisshaupt

Im Sommer 2017 beschließt die Reformierte Kirche Zürich, dass Suizidnachsorge nicht mehr Aufgabe der Zürcher Kirche sei. Suizidnachsorge gehöre nicht zur Kernkompetenz der Kirche. Diese Entscheidung bewog mich, meine Stelle bei der Kirche nach 30 Jahren zu verlassen, damit ich mich weiterhin ganzheitlich der Nachsorge widmen kann. Ich gründete den Verein „trauernetz“. Dieser übernahm ab Januar 2018 alle Aufgaben im Bereich der Suizidnachsorge, die bisher die Fachstelle Kirche+Jugend der reformierten Kirche Zürich wahrgenommen hatte, und fand einen neuen Partner: Im Rahmen des Schwerpunktprogramms Suizidprävention Kanton Zürich befasst sich das Projekt „Suizidprävention für Risikogruppen“ mit möglichen suizidpräventiven Maßnahmen für spezifische Gruppen, die ein erhöhtes Suizidrisiko aufweisen. Hinterbliebene nach einem Suizid sind eine solche Risikogruppe.

Ein Suizid ist für die Hinterbliebenen ein einschneidendes Lebensereignis, das besonders schwer zu bewältigen ist. Hinterbliebene nach Suizid sind gefährdet, eine komplexe Trauerreaktion zu entwickeln, die lange anhält, was zu psychischen Krankheiten oder sogar zu eigenen Suizidgedanken führen kann. Dieses erhöhte Suizidrisiko könnte durch eine adäquate Unterstützung erheblich gesenkt werden.

Der Verein „trauernetz“ wird im Rahmen des Schwerpunktprogramms beauftragt,

1. eine Fachperson zu stellen, welche die Leitung der Selbsthilfegruppen im Kanton Zürich wie auch die individuelle Betreuung von Hinterbliebenen sicherstellt. Dies beinhaltet u. a. die Gruppe nebelmeer: Junge Personen (bis 30 Jahre), die einen Elternteil durch Suizid verloren haben (Leitung des monatlichen Treffens und Beratung/Triage von jugendlichen Survivors, Ratsuchenden sowie ehemaligen und aktuellen Mitgliedern der Gruppe).



© Jörg Weisshaupt

**» Hinterbliebene nach Suizid
sind gefährdet, eine komplexe
Trauerreaktion zu entwickeln.**

2. Der Verein erstellt ein Handbuch für Leitende von Selbsthilfegruppen für Hinterbliebene nach Suizid, führt eine Fortbildungsveranstaltung durch, die allen nicht kommerziellen Hinterbliebenen-Organisationen im Kanton Zürich kostenlos offensteht und bietet den Teilnehmenden der Fortbildungsveranstaltung Supervision an, sofern diese aktiv eine Selbsthilfegruppe leiten.
3. Über die Polizeicorps werden Flyer verteilt (bei allen außergewöhnlichen Todesfällen), welche Hinterbliebenen Adressen vermitteln, die ihnen bei Bedarf weiterhelfen können. Durch diese Maßnahme ist zu erwarten, dass mehr Personen früher von den Selbsthilfegruppen erfahren und diese Angebote vermehrt nutzen möchten. Die Kantonspolizei nimmt 10-14 Tage nach einem Suizid telefonischen Kontakt mit den Hinterbliebenen auf und weist diese auf das Angebot eines Trauerbegleiters hin. Der Verein trauernetz wird mit der Betreuung, Beratung und Unterstützung der Ereignisbewältigung von Hinterbliebenen nach einem Suizid beauftragt.

Weitere Planung

Der Verein trauernetz bezweckt

- den Betrieb und die Qualitätssicherung der Vernetzungsplattform www.trauernetz.ch
- die Sensibilisierung und Kompetenzvermittlung zum Thema Suizid-Nachsorge im Fachumfeld
- die Förderung geführter Selbsthilfegruppen und Aufbau eines Qualitätszirkels für die Leitenden

Die Arbeit der Nebelmeerguppen ist eingebettet in ein Netz von Aktivitäten der Prävention und Nachsorge:

- Beratung und Schulung (Referate, Workshops, Kurse und Tagungen) für Berufsgruppen, die in ihrem Berufsalltag mit Suizid konfrontiert worden sind oder darauf vorbereitet sein möchten.
- Suizidrapport für Mitarbeitende aus Notfalldiensten, Gesundheit, Psychiatrie, Justiz, Seelsorge, Schule und Sozialwesen, die von Berufes wegen zu Suizidbetroffenen werden. Im Suizidrapport geht es um den aktiven Austausch zu aktuellen Situationen mit dem Ziel, die Zusammenarbeit und auch das gegenseitige Vertrauen in die beteiligten Institutionen auf Stadtgebiet zu fördern.
- Vernetzung mit anderen Akteuren im Bereich Suizidprävention und -postvention: Verein Regenbogen (Selbsthilfevereinigung Leben mit dem Tod eines Kindes, www.verein-regenbo-

gen.ch), Ipsilon – Initiative zur Prävention von Suizid in der Schweiz (www.ipsilon.ch), FSSZ – Forum für

Suizidprävention und Suizidforschung Zürich (www.fssz.ch).

- Sensibilisierung: Organisation und Öffentlichkeitsarbeit rund um den World Suicide Prevention Day (WSPD) am 10. September. 2019: Planung einer Podiumsveranstaltung mit Vertretern von Sterbehilfsorganisationen und Palliative Care.

Publikationen

- „Den Kindern helfen“ (deutsche Übersetzung, Druck und Verlag der australischen Fachpublikation).
- „Darüber reden – Perspektiven nach Suizid. Lyrik und Prosa von Hinterbliebenen nach Suizid,“ Weisshaupt, Jörg (Hrsg.).

Die sehr persönlichen Texte wollen Menschen in gleicher Situation in ihrer Trauerarbeit unterstützen, aber auch Nichtbetroffene für das Thema sensibilisieren, um sie aus einer blockierenden Sprachlosigkeit im Umgang mit Hinterbliebenen zu führen.

Wanderausstellung «Suizid und dann? ...»

Die Wanderausstellung «Suizid – und dann?» dient dem Zweck, die Bevölkerung über Suizidalität und die möglichen Folgen für Hinterbliebene, ihr Umfeld und Helfende zu informieren.

Der Verein trauernetz unterstützt die lokalen Veranstalter bei der Planung eines Rahmenprogramms (z. B. Vortrag, Workshop, Filmvorführung mit Podium, firmeninterne Schulung etc.) rund um die Ausstellung.

Jörg Weisshaupt

Höhestraße 80

CH-8702 Zollikon

Tel.: +41 - 7 65 98 45 30

box@weisshaupt.ch

info@trauernetz.ch

www.trauernetz.ch

Literatur

Aguirre, R. T., Slater, H. (2010). Suicide Postvention As Suicide Prevention: Improvement And Expansion in The United States. *Death Studies*, 34.

WIRD ES IRGENDWANN BESSER? ÜBER EINE 37° REPORTAGE ZUM THEMA SUIZID

CAROLINE HAERTEL



Caroline Haertel

Ich war 10, als sich die Mutter meiner Freundin aus dem Haus gegenüber das Leben nahm. In der Straße wurde getuschelt, der Mann habe eine jüngere Freundin und wolle sie verlassen – die Schuldfrage war laut der Nachbarschaft

schnell geklärt. Was wirklich passiert war, warum es der Frau so schlecht ging, ob sie vielleicht Depressionen hatte, bei denen auch er nicht helfen konnte, interessierte nicht. Ich traute mich nicht, Friederike zu fragen, wie es ihr ging, und sie erzählte auch nichts. So spielten wir weiter wie immer, bis sie nach einem halben Jahr mit dem Vater wegzog. Ich erinnere mich noch heute an das bleierne Schweigen, das das Haus in den Tagen nach dem Suizid umgab.

Als ich vierzig Jahre später mit den Recherchen zu dem Film begann, war unglaublich viel passiert:

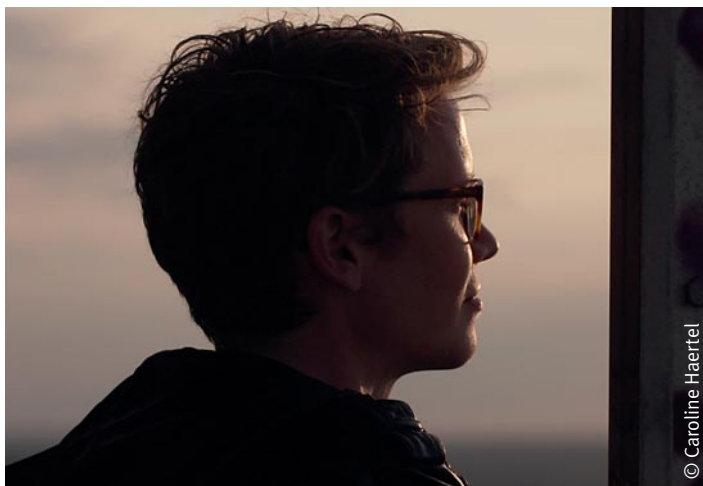
Mittlerweile gibt es das Internet, das uns ermöglicht, uns über alle Themen zu informieren. Wenn wir nach einem Todesfall nicht wissen, was wir sagen sollen, können wir Nachrichten schreiben, die die Adressaten sofort erreichen. Wir können unsere Gefühle und Gedanken in Sekundenschnelle über die sozialen Netzwerke verbreiten.

Und dennoch handelt es sich bei Suizid noch immer um ein Tabuthema, über das fast gar nicht gesprochen wird, über das es kaum Aufklärung und Informationen gibt. Trotz der erschreckenden Zahlen: Etwa alle 53 Minuten nimmt sich in Deutschland ein Mensch das Leben.

Alle fünf Minuten, schätzen Fachleute, versucht es jemand. Jedes Jahr haben wir in Deutschland mehr Tote durch Suizid als durch Verkehrsunfälle, Drogenmissbrauch und AIDS zusammen.

Jeder Suizid hinterlässt in der Regel sechs nahestehende Angehörige. Wie schafft man es weiterzuleben, wenn sich ein Mensch aus dem engsten Umfeld das Leben nimmt. Wie hält man die Antwortlosigkeit aus, die Schuldgefühle, den Schmerz? Wie kommt man mit den Reaktionen des Umfeldes klar? Kann man sich Hilfe suchen? Wird es irgendwann einmal besser? Diese Fragen standen am Anfang unserer Recherche.

Eine große Hilfe bei der Suche nach Protagonistinnen und Protagonisten war die bundesweite Selbsthilfeorganisation AGUS, aber auch kleinere Selbsthilfegruppen und Krisenhilfen, die der Sendung 37 Grad ein großes Vertrauen entgegenbrachten. Alle vermittelten meiner Co-Autorin Mirjana Momirovic und mir zahlreiche Gesprächspartnerinnen und -partner, die auch alle bereit waren, mit uns zu sprechen. Alle waren sich einig: Über Suizid muss berichtet und gesprochen werden, aber verantwortungsvoll. Ohne reißerische Details, ohne Voyeurismus, ohne Beschreibungen, die eine Nachahmung hervorrufen könnten.



© Caroline Haertel

Fünf Jahre nach dem Suizid seines jüngeren Bruders Emanuel findet Gabriel langsam wieder ins Leben zurück.

Ich war beeindruckt und berührt von dem, was mir die Menschen erzählten, von ihrer Offenheit, von ihrer Klarheit, von all den widersprüchlichen Gedanken und Gefühlen. Und zwischendurch ging es auch mir in den Wochen der Recherche sehr

schlecht, weil ich es einfach nicht mehr ertragen konnte, wie viel Schmerz das Leben manchmal einem einzigen Menschen zumutet. Wie sehr Suizid noch immer ein Tabuthema ist, merkte ich aber erst nach den langen Telefonaten, als mir nach und nach die Gesprächspartnerinnen und -partner nach ihren Zusagen die Filmteilnahme wieder absagten. Meist weil die nahen Angehörigen, Kinder, Schwiegereltern Bedenken hatten. Eine Frau zum Beispiel, mit der ich ein langes Gespräch hatte und die ich für ein zweites Gespräch in München besuchen wollte, rief mich nicht mehr zurück. Als ich sie nach mehreren Versuchen erreichte, sagte sie, sie habe ihrer 20-jährigen Tochter von dem Filmprojekt erzählt und diese sei ganz entsetzt gewesen. Denn die Tochter hatte ihren Freundinnen und Freunden erzählt, der Vater sei an einem Herzinfarkt gestorben.

Umso mehr danke ich den Protagonistinnen und Protagonisten Christel, Miriam und Gabriel für ihren Mut, ihr Vertrauen und ihre Offenheit. Christel leitet die Hamburger AGUS Selbsthilfegruppe und fühlte sich zum Zeitpunkt der Dreharbeiten bereit, auch öffentlich über den Suizid ihres Mannes zu sprechen. Nach einem ersten sehr schönen Telefonat trafen wir uns bei ihr zu Hause und noch während des Gespräches sagte sie zu. Sie freute sich darauf, eine neue Erfahrung zu machen, an einem Film mitzuwirken – Christels Neugier auf alles Neue und ihr Vertrauen in das Team und mich hat mich immer wieder beeindruckt. Miriam lernte ich über die Trauerbegleiterin und Coachin Natalie Katja Greve kennen, die in Hamburg Trauergruppen für Suizidbetroffene anbietet. Natalie hat selbst vor vielen Jahren ihren Freund kurz vor der Hochzeit durch Suizid verloren und ein tieftrauriges und gleichzeitig hoffnungsvolles Buch darüber geschrieben: Ein stiller Gruß von Dir. Heute hilft sie mit großem Engagement Menschen über die ersten schwierigen Monate nach einem Suizid hinweg. Als Natalie von unserem Filmprojekt erfuhr, hatte gerade ihr neuer Kurs begonnen und ihr fiel sofort Miriam ein. Obwohl der Suizid ihres Mannes noch ganz frisch war, sagte Miriam nach unserem Kennenlernen



Miriams Freundinnen helfen ihr über die schweren Monate nach dem Suizid ihres Mannes hinweg.

sofort zu. Bei ihr spürte ich von Beginn an eine ganz große Kraft und einen unglaublichen, unzerstörbaren Humor. Auch ihre Schwiegereltern waren einverstanden, wollten nicht vor die Kamera, aber begrüßten es, dass sie darüber sprechen wollte.

Trotz ihres großen Schmerzes dachte Miriam daran, anderen Betroffenen Mut machen zu wollen.

Dann stockte die Recherche für eine Weile, immer wieder kamen Absagen nach guten, langen Gesprächen. In dieser Zeit haben mir die Geduld und die Zuversicht meiner Redakteurin Brigitte Klos sehr geholfen. Dann verletzte ich mich bei Dreharbeiten zu einem anderen Film am Rücken und erzählte meiner Physiotherapeutin von der stockenden Recherche. Sie sagte, sie kenne einen jungen Mann, der seinen Bruder durch Suizid verloren hatte, und kurze Zeit später rief mich Gabriel an. Gabriel sagte mir, er habe den Suizid seines Bruders lange verdrängt und fühle sich jetzt bereit, darüber zu sprechen.

In dem Jahr der Dreharbeiten sind mir Christel, Miriam und Gabriel ans Herz gewachsen. Es gab Momente, in denen der Schmerz so stark war, die Verzweiflung über das Geschehene so groß, dass sie auch meinen Kameramann Reiner Bauer und mich ergriff. Die Kameramänner Reiner Bauer, mit dem ich seit vielen Jahren arbeite, und auch Johannes Denk haben mit ihrer Sensibilität und ihrer Herzlichkeit sehr dazu beigetragen, dass sich Christel, Miriam und Gabriel immer sicher fühlten. Gabriel konnte in Johannes' Armen weinen und Reiners wohlthuende Ruhe half Christel und Miriam bei einigen schweren Interviews sehr.

Wie sehr ein Suizid auch Polizisten, die bei einem Suizid automatisch den Notarztwagen begleiten, mitnimmt, verstand ich, als Miriam nach über einem Jahr den Polizisten zum ersten Mal wiedersah, der am Tag des Todes ihres Mannes lange ihre Hand gehalten hatte und für sie da war. Er war sichtlich bewegt, Miriam wiederzusehen und froh, noch einmal über den Tag sprechen zu können, an den er sich noch genau erinnerte.



Nach einer langen Zeit der Verzweiflung, in der nichts möglich war, hat Christel wieder begonnen, zu malen.

Es gab schwere Momente in dem Jahr der Dreharbeiten, aber auch richtig lustige. Nach einem Dreh bei eiskaltem Wetter an der Elbe mit Miriam und ihren tollen Freundinnen saßen wir noch lange in einem Hamburger Restaurant und haben den ganzen Abend so viel gelacht, dass ich irgendwann sagte, so einen lustigen Abend habe ich seit Jahren nicht mehr verbracht, was ein bisschen absurd sei angesichts des Filmthemas, woraufhin Miriam noch mehr lachen musste. Sie sagte auch, dass der Humor ihr viel helfen würde und auch in der Selbsthilfegruppe Witze erlaubt seien.

Als ich mit der unglaublich talentierten Editorin Janine Dauterich die Montage des Filmes begann,

war es uns ein großes Anliegen, auch die Schönheit des Lebens zu zeigen und Hoffnung zu vermitteln. Für die Mitwirkenden, die Zuschauerinnen und Zuschauer und auch für uns selbst. Auch wenn mir Christel, Miriam und Gabriel schon während der Dreharbeiten sagten, dass ihnen der Austausch mit uns guttue, war ich am Abend der Ausstrahlung doch angespannt, und sehr erleichtert, als alle drei mir sagten, sie haben sich gut wiedergefunden und den Film auch gut sehen, gut verkraften können. Ich bewundere ihren Humor, die Stärke und Lebensfreude und habe großen Respekt davor, wie es ihnen gelingt weiterzuleben.

Was mich auch sehr freut, ist, dass sich die Zuschauerinnen und Zuschauer auf das Thema eingelassen und angesichts der Schwere des Themas nicht weggezappt haben. Der Film hatte mehr als 11 Prozent Marktanteil und mehr als 2,5 Millionen Zuschauende und wird auch in der ZDF Mediathek oft aufgerufen.

Caroline Haertel

Caroline@micafilm.de

Facebook: micafilm

Instagram: micafilm_berlin

Der Film in der ZDF Mediathek: <https://www.zdf.de/dokumentation/37-grad/37-was-bin-ich-ohne-dich-100.html>

HILFE NACH SUIZID

Eine webbasierte Gruppenintervention für Angehörige nach einem Suizid

BIRGIT WAGNER

In Deutschland sterben jährlich ca. 10.000 Personen durch Suizid. Studien gehen davon aus, dass mindestens sechs bis zehn nahestehende Personen direkt durch einen Suizid betroffen sind und mit den psychischen Folgen des Suizides zu kämpfen haben. Seit 1989 bezeichnet die WHO Hinterbliebene als Hochrisikogruppe für Suizide und beschreibt die Nachsorge dieser Betroffenengruppe als wesentlichen Bestandteil der nationalen und internationalen Suizidprävention (Diekstra, 1989). Suizid einer nahestehenden Per-

son unterscheidet sich in der Verarbeitung wesentlich von anderen Todesumständen. Typische Reaktionen nach einem Suizid sind neben der Trauer beispielsweise das Gefühl von Schuld und Mitverantwortung am Suizid, eine eigene Suizidalität und Nachsterbewünsche, Stigmatisierungserleben, aber auch psychische Erkrankungen wie beispielsweise die posttraumatische Belastungsstörung, Depression oder Suchterkrankungen. Häufig erleiden die Betroffenen lebenslange psychosoziale Belastungen (z. B. Arbeitsunfähigkeit, Frühberentung)

als Folge des Suizides. Zahlreiche Studien zeigten, dass der Suizid einer nahestehenden Person mit einer erhöhten Mortalität insbesondere durch Suizid einhergeht (Rostila, Saarela, & Kawachi, 2013a, 2013b). In Deutschland werden Suizidhinterbliebene in der Regel durch Beratungsangebote (z. B. Bundesverband Verwaiste Eltern und trauernde Geschwister e.V. (VEID), Angehörige um Suizid e. V. (AGUS) und deren Selbsthilfegruppen betreut. Beim Bundesverband VEID e. V. sind ca. 40% der 75.000 trauernden Eltern und Geschwister, die von den regionalen Selbsthilfegruppen betreut werden, Suizidhinterbliebene. AGUS e. V. betreut in seinem Netzwerk ca. 5.000 Angehörige von Suizid. Obwohl die Vernetzung von Selbsthilfegruppen von Suizidhinterbliebenen stetig anwächst, gibt es bisher nur wenige psychotherapeutisch geleitete Interventionen, welche sich spezifisch ausschließlich an Hinterbliebene nach einem Suizid richten. Auch wissenschaftlich wurden bisher nur sehr wenige Programme für Hinterbliebene nach einem Suizid evaluiert und es ist wenig bekannt über die Wirksamkeit von diesen Interventionen (Wagner, 2013).

Webbasierte Interventionen für Trauernde

Mit der zunehmenden Verbreitung von internetbasierten psychotherapeutischen Anwendungen wurden in den vergangenen Jahren auch internetbasierte Interventionen für die anhaltende Trauer entwickelt und evaluiert (Eisma et al., 2015; Kersting, Kroker, Schlicht, Baust, & Wagner, 2011; Wagner, Knaevelsrud & Maercker, 2006). Die internetbasierten Interventionen konnten mittlere bis große Behandlungseffekte nachweisen und die Symptomreduzierung blieb auch nach 12 bis 18 Monaten nach der Intervention stabil (Kersting et al., 2013; Wagner & Maercker, 2007). Erste Ergebnisse einer internetbasierten Schreibtherapie für trauernde Geschwister zeigte ebenso positive Behandlungseffekte im Vergleich zu einer Kontrollgruppe (Wagner, 2018). Die bisherigen Ergebnisse der internetbasierten Interventionen für Trauernde lassen vermuten, dass die Behandlungseffekte vergleichbar sind mit face-to-face Interventionen. Internetbasierte Interventionen stellen keine Konkurrenz zu bisherigen ambulanten Behandlungsangeboten dar, sondern können als neue Ergänzungsmöglichkeiten für spezifische Trauergruppen gesehen werden, welche sonst keine Hilfe erhalten würden. Dies betrifft insbesondere Menschen, die aufgrund der geografischen Unterversorgung keine Therapie

erhalten oder spezifische Therapieangebote benötigen oder aus Schamgefühlen keine Hilfe aufsuchen.

„Hilfe nach Suizid“: Eine webbasierte Gruppenintervention

Hinterbliebene nach einem Suizid haben seit 2018 die Möglichkeit, an einer webbasierten Gruppenintervention teilzunehmen, welche Betroffenen sowohl die Möglichkeit zum Austausch mit anderen Betroffenen als auch professionelle Unterstützung und Informationen bieten soll. Das Programm „Hilfe nach Suizid“ wird vom Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen der Förderlinie „Suizidprävention“ gefördert und in Kooperation mit AGUS e. V., dem Bundesverband Verwaiste Eltern und trauernde Geschwister e. V. und der Medical School Berlin (Prof. Dr. Birgit Wagner) durchgeführt. „Hilfe-nach-Suizid“ ist eine Mischung aus einer psychologischen Gruppenintervention und Selbsthilfegruppe und wird als Webinar im Internet durchgeführt. Jeder Angehörige, der einen Verstorbenen durch Suizid zu betrauern hat, kann mit einem Internetzugang und einem Mikrofon an dem Programm teilnehmen. Das Programm soll insbesondere diejenigen ansprechen, die vor Ort keine Selbsthilfegruppe zur Verfügung haben oder derzeit nicht in der Lage sind, persönlich an einer Selbsthilfegruppe teilzunehmen.



Prof. Dr. Birgit Wagner

Ablauf der Gruppenintervention

Einmal pro Woche kommen feste Gruppen aus fünf bis acht Teilnehmerinnen und Teilnehmern zu einem gemeinsamen webbasierten Termin zusammen und tauschen sich unter der Begleitung eines/-er Psychologen/-in und einem/-er erfahrenen Selbsthilfgruppenleiter/-in zu Themen aus, die für die Betroffenen wichtig sind. Dabei geht es zum Beispiel um den Umgang mit Trauer, Schuldgefühlen, mit der Sinn- und Warum-Frage oder der Frage, wie man über den Suizid des Menschen, um den man trauert, mit anderen Menschen (z. B. Freunde, Nachbarn oder Kollegen) sprechen kann. In den meisten Sitzungen wird zu Beginn ein Video gezeigt, in dem andere Betroffene (durch Schau-

» „Hilfe-nach-Suizid“ ist eine Mischung aus einer psychologischen Gruppenintervention und Selbsthilfegruppe.



spieler dargestellt) von ihren Erfahrungen mit der Trauer berichten. Diesen Videos schließt sich eine Gruppendiskussion an. Für die Zeit zwischen den Sitzungen erhalten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer Anregungen zu vertiefenden Übungen (z. B. Schreibaufgaben oder Entwicklung von Ritualen), die den Trauerprozess unterstützen sollen. Das Programm beinhaltet 12 wöchentliche Sitzungen à 90 Minuten. Im Rahmen einer Studie wird das Programm „Hilfe nach Suizid“ betreut und im Hinblick auf die Wirksamkeit des Programms ausgewertet. Aus diesem Grund werden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Verlauf gebeten, anonym über Online-Fragebögen anzugeben, wie es ihnen geht. Teilnehmen können alle Angehörigen nach einem Suizid im Alter zwischen 18-75 Jahren.

Erste Erfahrungen mit dem Programm

„Hilfe nach Suizid“ ist ein innovatives webbasiertes Gruppenprogramm, welches sich ganz spezifisch an trauernde Menschen nach einem Suizid wendet. Die ersten Auswertungen zeigen, dass das Programm sehr gut von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern angenommen wird und sie von dem Angebot profitieren. Das Format eines Webinars ermöglicht es den Teilnehmenden, sich persönlich austauschen zu können und mit den anderen Betroffenen in Beziehung zu treten. Obwohl die Intervention webbasiert stattfindet, erleben die Teilnehmenden die Sitzungen vergleichbar mit normalen face-to-face Gruppensettings. Durch die vorgegebene thematische Struktur in jeder Sitzung erhalten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowohl spezifische Informationen als auch emotionale und soziale Unterstützung durch die anderen teilnehmenden Gruppenmitglieder. Die Möglichkeit der Selbstoffenbarung von schwierigen Gefühlen, die nach einem Suizid auftreten können (z. B.

Schuldgefühle, Scham, Stigmatisierung) ist hierbei ein wesentlicher Wirkfaktor.

Interessierte können sich über die folgende Email anmelden: kontakt@hilfe-nach-suizid.de.

Weitere Informationen über das Programm können auf der Homepage: www.hilfe-nach-suizid.de abgerufen werden

Prof. Dr. Birgit Wagner

Medical School Berlin

Calandrellistraße 1-9

12247 Berlin

birgit.wagner@medicalschooll-berlin.de

Literatur

- Diekstra, R. F.** (1989). Suicide and the Attempted Suicide: An International Perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80(S354), 1-24.
- Eisma, M. C., Boelen, P. A., van den Bout, J., Stroebe, W., Schut, H. A., Lancee, J., & Stroebe, M. S.** (2015). Internet-Based Exposure and Behavioral Activation for Complicated Grief and Rumination: A Randomized Controlled Trial. *Behavior Therapy*, 46(6), 729-748. doi:10.1016/j.beth.2015.05.007.
- Kersting, A., Dölemeyer, R., Steinig, J., Walter, F., Kroker, K., K, B., & Wagner, B. B.** (2013). Brief Internet-Based Intervention Reduces Posttraumatic Stress and Prolonged Grief in Parents after the Loss of a Child During Pregnancy: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy & Psychosomatics*.
- Kersting, A., Kroker, K., Schlicht, S., Baust, K., & Wagner, B.** (2011). Efficacy of Cognitive Behavioral Internet-Based Therapy in Parents after the Loss of a Child During Pregnancy: Pilot Data from a Randomized Controlled Trial. *Archives of Women's Mental Health*, 14(6), 465-477.
- Rostila, M., Saarela, J., & Kawachi, I.** (2013a). "The Psychological Skeleton in the Closet": Mortality after a Sibling's Suicide. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. doi:10.1007/s00127-013-0780-1.
- Rostila, M., Saarela, J., & Kawachi, I.** (2013b). Suicide Following the Death of a Sibling: A Nationwide Follow-Up Study from Sweden. *BMJ Open*, 3(4).
- Wagner, B.** (2013). Wirksamkeit von Trauerinterventionen. In: *Komplizierte Trauer* (pp. 87-96): Springer.
- Wagner, B.** (2018). Abschlussbericht Online-Präventionsprogramm Trauernde Geschwister.
- Wagner, B., Knaevelsrud, C., & Maercker, A.** (2006). Internet-Based Cognitive-Behavioral Therapy for Complicated Grief: A Randomized Controlled Trial. *Death Studies*, 30(5), 429-453.
- Wagner, B., & Maercker, A.** (2007). A 1.5-Year Follow-Up of an Internet-Based Intervention for Complicated Grief. *Journal of Traumatic Stress*, 20(4), 625-629. doi:10.1002/jts.20230.

SUIZIDALITÄT IM HÖHEREN LEBENSALTER

TILLMANN SUPPRIAN

Suizide alter Menschen sind häufig Folgen nicht erkannter bzw. nicht ausreichend behandelter depressiver Störungen und des Zusammenwirkens verschiedener konstellativer Faktoren, wie Einsamkeit und Isolation, körperlicher Einschränkungen, chronischer Schmerzen und reduzierter Kompetenzen bei der Inanspruchnahme von Hilfestrukturen. Die frühzeitige Identifikation von suizidal gefährdeten Personen, die Einleitung einer wirksamen antidepressiven Behandlung und die Etablierung nachhaltig wirksamer psychosozialer Hilfen kann auch bei älteren Menschen Suizide verhindern. Bislang wird eine psychotherapeutische Behandlung bei älteren Menschen noch zu selten eingeleitet, was zum Teil auch am zurückhaltenden Inanspruchnahmeverhalten der Betroffenen selbst liegt. Hier ist die Aufklärungsarbeit u. a. der Bündnisse gegen Depression von zentraler Bedeutung, damit langfristig eine verbesserte Versorgung von psychisch erkrankten alten Menschen erreicht wird.

Epidemiologie

Jedes Jahr versterben in der Bundesrepublik Deutschland ca. 10.000 Menschen durch einen Suizid, davon sind über 40 Prozent 60 Jahre und älter. Die höchste Suizidrate findet sich bei älteren Männern, sie liegt doppelt so hoch wie bei älteren Frauen. Gerade in der Gruppe hochaltriger Menschen gibt es eine Dunkelziffer von Todesfällen, die nicht als Suizid erkannt werden, sondern als vermeintlich natürlicher Tod verkannt werden. Der Zahl der vollendeten Suizide steht eine unbekannte Zahl von Suizidversuchen gegenüber. Es wird geschätzt, dass sie um mehr als 10-fache höher liegt als die Zahl der Suizide. Demnach ereignen sich pro Jahr weit mehr als 100.000 Suizidversuche, die eine weitere Behandlung erforderlich machen. Genaue Zahlen zu Suizidversuchen gibt es nicht, weil sie nicht statistisch erfasst werden. Auch wenn ein Suizidversuch überlebt wird, so geschieht das in der Regel nicht folgenlos. Neben möglichen bleibenden körperlichen Folgeschäden (z. B. durch Verletzungen) kommt es im familiären und sozialen

Umfeld oft zu Irritationen und Unsicherheit im Umgang mit den Betroffenen. Das Risiko für einen erneuten Suizidversuch steigt nach einem ersten Suizidversuch erheblich an, wobei die Wiederholungs-raten in der wissenschaftlichen Literatur zwischen 20-40 % schwanken, je nach dem untersuchten Kollektiv und der Dauer des Beobachtungszeitraums. In einzelnen Studien lagen die Raten sogar erheblich höher. Am höchsten ist das Risiko für einen wiederholten Suizidversuch in den ersten ein bis zwei Jahren, es bleibt aber lebenslang bestehen.

Risikogruppen

Risikofaktoren, die für junge Menschen gelten, gelten im Hinblick auf suizidale Gefährdung in einem großen Umfang auch für ältere Menschen. Trotzdem gibt es alterstypische Akzente: Der Verlust eines Arbeitsplatzes oder drohende Inhaftierung sind eher bei jungen Menschen relevant, der Tod eines Lebenspartners oder die Diagnose einer schweren körperlichen Erkrankung sind häufiger im höheren Lebensalter.

Als wichtigster Risikofaktor für suizidale Krisen gilt auch im hohen Lebensalter das Vorliegen einer depressiven Erkrankung. Schwere depressive Störungen sind gekennzeichnet durch niedergedrückte Stimmung, das „Gefühl der Gefühllosigkeit“, Verlust von Freude und Interesse, Antriebsstörungen, Selbstzweifel, reduziertes Selbstwertgefühl, starke Ermüdbarkeit und schnelle Erschöpfung, verminderte Konzentration und Leistungsfähigkeit. Viele depressive Menschen entwickeln starke Ängste verbunden mit negativen Zukunftserwartungen, oft auch einem quälenden Gefühl der inneren Unruhe und Schlafstörungen. Appetit- und Gewichtsverlust, vegetative Funktionsstörungen (Schwitzen, Verdauungsprobleme) und somatoforme Beschwerden können ein komplexes Krankheitsbild verursachen, das nicht immer gleich als psychische



Prof. Dr. Tillmann Supprian

» Eine depressive Erkrankung gilt als wichtigster Risikofaktor.



Störung identifiziert wird. Unerkannte depressive Erkrankungen können zur verstärkten medizinischen Abklärung bei Verdacht auf eine körperliche Erkrankung führen, ohne dass eine Klärung gelingt. Die Patienten durchlaufen dabei wohlmöglich eine „Odyssee“ medizinischer Untersuchungen, wechseln unzufrieden die Behandler und fühlen sich in ihrer Hoffnungslosigkeit bestärkt. Auch hinter chronischen Schmerzsyndromen kann eine depressive Störung als wesentlicher Faktor stehen.

Suizidale Krisen infolge prekärer Lebenslagen

Bei älteren Menschen können sich Suizidhandlungen nach einer Phase längerer Abwägung und Ambivalenz entwickeln, wenn für die Zukunft keine positive Perspektive gesehen wird, das Weiterleben nicht mehr als erstrebenswert erachtet wird. Hoffnungslosigkeit, verbunden mit dem Gefühl der Wertlosigkeit und möglicherweise auch dem Gedanken, anderen Menschen (v. a. der eigenen Familie) zur Last zu fallen, kann dann einen Suizidentschluss hervorrufen. Für solche Konstellationen wird immer wieder der Begriff des „Bilanzsuizids“ verwandt, welcher impliziert, dass das Bilanzieren von einer rational handelnden Person nach sorgfältiger Abwägung vorgenommen wird.

Tatsächlich findet sich in der Gruppe älterer Menschen, die nach einem Suizidversuch stationär psychiatrisch behandelt wird, eine solche Konstellation eher sehr selten. Viel häufiger hingegen wer-

den Suizidhandlungen ange-
troffen, die sich aus psychi-
schen Notlagen heraus und
ohne lange Vorbereitungen
entwickelt haben. Auch bei
älteren Menschen können
Partnerschaftskonflikte und
schwere Kränkungen zu eher
impulsiven Suizidhandlungen
führen. Gerade bei alten Men-
schen kann das Repertoire
an Kompensationsstrategien
beschränkt sein, es fehlt an
Ansprechpartnern und rasch
verfügbaren sozialen Kontak-
ten, die zur Hilfestellung
mobilisiert werden könnten.
Oftmals führen vermeintlich

einfach lösbare Konflikte zu schweren Lebenskrisen, aus denen die Betroffenen kein Herauskommen mehr sehen und den Suizid dann als Ausweg wählen („dysfunktionale“ Lösung). Solche prekären Lebenslagen können sich sehr kurzfristig entwickeln. Ein plötzlicher Verlust des Lebenspartners, eine akut neu aufgetretene Erkrankung, die Kündigung einer Mietwohnung und vielfältige andere Umweltfaktoren können zu so starker Überforderung

führen, dass kurzfristig ein Suizidentschluss gefasst wird. Der Grat zwischen einer stabilen Lebensführung und einer prekären Lebenslage ist schmal, plötzlich auftretende Änderungen in den Lebensumständen können relativ schnell

eine so starke Destabilisierung erzeugen, dass ein Suizidvorhaben gefasst wird. Das Ganze stellt sich dann in der Retrospektive fast wie ein „Unfall“ dar. Häufig können ältere Menschen nach einem Suizidversuch in der psychotherapeutischen Beratung die kritische Einengung ihrer Lebenssituation vor dem Suizidversuch nachvollziehen und distanzieren sich dann mit der Zeit umso tragfähiger, je mehr es gelingt, konkrete und alltagsrelevante Hilfen zu implementieren.

Suizidprävention im höheren Lebensalter

Trotz eines differenzierten und gut verfügbaren medizinischen Hilfesystems in Deutschland werden sich nicht alle Suizide alter Menschen verhindern lassen. Es sollte aber versucht werden, strukturelle

» Fehlende Perspektiven, Hoffnungslosigkeit, die Sorge, anderen zur Last zu fallen, können zu der Entscheidung führen, einen Suizid zu begehen.

und organisatorische Maßnahmen so weiterzuentwickeln, dass Risikogruppen künftig noch besser und effizienter erreicht werden können. Der demografische Wandel wird zu einem weiteren Anwachsen des Anteils allein lebender älterer Menschen in der Bevölkerung führen. Die Tendenz zur „Singularisierung“ älterer Menschen, d. h. dem Leben in Ein-Personen-Haushalten schreitet weiter fort und birgt verschiedene Risiken. Hier kommt insbesondere den Hausärzten eine wichtige Schlüsselrolle im Hilfesystem zu. Wenn ältere Menschen nach Jahren kontinuierlicher Wahrnehmung hausärztlicher Behandlung plötzlich nicht mehr in die Praxis kommen, sollte dieses als Alarmsignal wahrgenommen werden und weitere Abklärung nach sich ziehen. Banale Ursachen wie Mobilitätseinschränkungen lassen sich relativ rasch identifizieren und durch die Installation von Hol- und Bringendiensten beseitigen. Ökonomische Faktoren stehen dem in der Regel nicht maßgeblich entgegen. Ein größeres Problem ist eher die Ablehnung von Hilfen durch die betroffenen älteren Menschen selbst. Manchmal wird übertriebene Sparsamkeit als Grund identifiziert. Nicht selten führen aber auch beginnende demenzielle Syndrome zu einem Verzicht der Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung. Menschen mit einer Demenz verkennen ihre Lebenssituation und unterschätzen häufig ihren Hilfebedarf. Die Störung der Urteils- und Kritikfähigkeit führt zu defizitärer häuslicher Versorgung und oft auch zur Ablehnung von ärztlicher Behandlung.

Suizidprävention kann somit auf verschiedenen Ebenen auch gezielt auf die Situation älterer Menschen ausgerichtet werden. Die Qualifizierung von Hausärzten in der Erkennung depressiver Erkrankungen und Verbreitung von Wissen über die medizinische Behandlung von depressiven Erkrankungen war ein wesentliches Element in der erfolgreichen Aufklärungsarbeit der Bündnisse gegen Depression, die sich inzwischen an vielen Orten in Deutschland etabliert haben. Gerade ältere Menschen profitieren von der Weiterentwicklung aufsuchender psychosozialer Dienste. Die Identifikation älterer, einsamer und alleinlebender Menschen und die Verbesserung von Betreuungsangeboten für diese Bevölkerungsgruppe wird ein wichtiger Ansatz insbesondere in der Suizidprävention sein.

Nachsorge nach Suizidversuchen älterer Menschen

Wenn ältere Menschen einen Suizidversuch überlebt haben, erscheint es angebracht, eine genaue Situationsanalyse der Geschehnisse vorzunehmen

» Angehörige reagieren nach einem Suizidversuch betroffen, verletzt oder sogar verärgert.

und sowohl das Vorliegen einer psychischen Erkrankung zu prüfen (und ggf. leitliniengerecht zu behandeln) als auch konstellative Faktoren zu untersuchen. In der Regel ist ein Suizidversuch stark schambesetzt, viele ältere Menschen bagatellisieren die Handlung und versuchen, die konkrete Selbsttötungsabsicht zu relativieren. Nach Schlafmittel-Intoxikationen wird dann beispielsweise angegeben, dass es sich nicht um einen Tötungswillen im eigentlichen Sinne gehandelt habe, sondern eher um ein starkes Ruhebedürfnis („ich wollte einfach nur einmal richtig schlafen können“). Trotzdem ist hier der Übergang von dem Wunsch nach einer „Pause“ bis zum Inkaufnehmen eines letalen Verlaufs gleitend.

Angehörige der Menschen nach einem Suizidversuch reagieren meist sehr betroffen, reagieren verletzt oder sogar verärgert und benötigen Hilfestellung bei der Verarbeitung des Geschehenen. Aus ärztlicher Sicht erscheint es in bestimmten Fällen sinnvoll, sehr frühzeitig mit den Angehörigen zu sprechen und sie auf die Begegnung vorzubereiten, bevor die Betroffenen und ihre Angehörigen aufeinanderstoßen. Vorhaltungen und der Ausdruck von Enttäuschung führen in aller Regel nicht weiter. Es ist notwendig, eine tragfähige Vereinbarung für die Zukunft zwischen den Betroffenen und



© G. Achtermann



ihren Angehörigen zu treffen, damit potenzielle künftige Krisensituationen nicht erneut eskalieren. Manchmal ist es erforderlich, Abschiedsbriefe, die sich an die Angehörigen richten sollten, zu thematisieren und inhaltlich zu erörtern. Sehr viele Abschiedsbriefe älterer Menschen sind im Tenor altruistisch und betonen den Wunsch, anderen nicht zur Last fallen zu wollen. So nachvollziehbar das im Einzelfall sein kann, so wichtig ist es, die Betroffenen in die Lage zu versetzen, einen Perspektivenwechsel vorzunehmen. Einen Menschen durch Suizid zu verlieren, stellt für die allermeisten Angehörigen eine sehr große Belastung dar. Das vermeintlich altruistische Motiv muss also infrage gestellt werden und es sollte ausgelotet werden, welche Erwartungen auf Seiten der Betroffenen sowie auf Seiten der Angehörigen harmonisieren und wo sich Differenzen abzeichnen. Bei der psychotherapeutischen Behandlung älterer Menschen nach einem Suizidversuch ist also die Einschaltung der Angehörigen in die Beratungen und Zukunftsplanungen ein sehr kritischer und entscheidender Faktor.

Nach einem Suizidversuch sollte über einen Zeitraum von ca. ein bis zwei Jahren eine Nachsorge (vergleichbar einer „Krebsnachsorge“) etabliert werden, in deren Rahmen in regelmäßigen Abstän-

den eine ärztliche Beurteilung des psychischen Befindens erfolgt und das Fortbestehen bzw. Wiederauftreten suizidaler Ideen evaluiert wird. In Form von Krisenplänen kann eine kurzfristige Aufnahme in stationäre psychiatrische Behandlung für den Notfall vorbereitet werden.

Prof. Dr. med. Tillmann Supprian

Abteilung Gerontopsychiatrie
LVR-Klinikum Düsseldorf

Bergische Landstr. 2

40629 Düsseldorf

Tel.: 02 11 - 9 22 42 01

Fax: 02 11 - 9 22 42 13

Literatur

Erlemeier, N. (2011). „Suizidalität und Suizidprävention im höheren Lebensalter“. Kohlhammer Verlag, 2011, Stuttgart.

Nationales Suizidpräventionsprogramm (2019). „Wenn das Altwerden zur Last wird. Suizidprävention im Alter“. 6. Auflage, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Supprian, T., Hauke, N. (2017). *Psychotherapie im Alter*. Schattauer Verlag 2017, Stuttgart.

Teismann, T., Dörmann, W. (2014). *Suizidalität. Fortschritte der Psychotherapie*. Hogrefe Verlag, Göttingen.

Wolfsdorf, M., Etzersdorfer, E. (2011). *Suizid und Suizidprävention*. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.

Veranstaltungen

- 09.08.-11.08.2019 Winterberg
Spiritualität für soziale Berufe
Spiritualität trifft psychische Grundbedürfnisse
St. Bonifatius, Bildungs- und Exerzitienhaus Elkeringhausen
Tel.: 0 29 81 - 9 27 30
info@bst-bonifatius.de
www.bst-bonifatius.de
- 20.08.2019 Berlin
Wer entscheidet am Lebensende?
Umgang mit schwerwiegenden ethischen Entscheidungen
Wannsee-Akademie
Tel.: 0 30 - 80 68 60 40
akademie@wannseeschulen.de
www.wannseeschulen.de/akademie
- 27.08.2019 Magdeburg
Leben und Sterben – so wie ich bin – da wo ich lebe
Schmerzerfassung, Patientenverfügung und Sterbebegleitung bei und mit Menschen mit schwerer geistiger Behinderung
Palliativ- und Hospizakademie Pfeiffersche Stiftungen
Tel.: 03 91 - 8 50 58 97
palliativakademie@pfeiffersche-stiftungen.org
www.palliativakademie-magdeburg.de
- 12.09.-14.09.2019 Wetzlar
Führungskompetenzseminar (§39a), 1. Teil
Hospiz- und PalliativAkademie Mittelhessen
Tel.: 0 64 41 - 2 09 26 68
akademie@hospiz-mittelhessen.de
- 13.09.2019 Hamm
Ambulante Hospizarbeit 2025 – Wohin geht die Reise?
Veranstaltung für Koordinator/innen gemeinsam mit ihren Vorständen
ALPHA-Westfalen
Tel.: 02 51 - 23 08 48
alpha@muenster.de
www.alpha-nrw.de
- 01.10.-02.10.2019 Würzburg
Sich den Tod wünschen – Palliative Care und Suizid
Akademie für Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit der Stiftung Juliusspital Würzburg
Tel.: 09 31 - 3 93 22 81
palliativakademie@juliusspital.de
www.palliativakademie.de
- 14.10.-16.10.2019 Köln
Freiraum schaffen – Lösungen finden
Mit Focusing zu mehr Arbeits- und Lebensqualität
Mildred-Scheel-Akademie, Köln
Tel.: 02 21 - 9 44 04 90
www.mildred-scheel-akademie.de
- 17.10.2019 Stuttgart
Coaching für die Gesprächsbegleitung zur gesundheitlichen Versorgungsplanung §132g SGB V
Elisabeth-Kübler-Ross-Akademie
Tel.: 07 11 - 23 74 18 11
akademie@hospiz-stuttgart.de
www.elisabeth-kuebler-ross-akademie.eu

**ALPHA-Rheinland**

Heinrich-Sauer-Straße 15
53111 Bonn
Tel.: 02 28 - 74 65 47
Fax: 02 28 - 64 18 41
rheinland@alpha-nrw.de
www.alpha-nrw.de

ALPHA-Westfalen

Friedrich-Ebert-Straße 157-159
48153 Münster
Tel.: 02 51 - 23 08 48
Fax: 02 51 - 23 65 76
alpha@muenster.de
www.alpha-nrw.de

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen

